

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin Inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

BROCQ

Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE

CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL

ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME

L. JULLIEN, M. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN

MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,

PAUL RAYMOND, ALEX. RENAUT, J. RENAUT,

R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

D^r HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VII

N° 7. — Juillet 1896

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCVI

Le prochain numéro des Annales de Dermatologie paraîtra seulement en septembre et contiendra le compte rendu de la séance de juillet de la Société de Dermatologie.

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

**Maladies
DES
VOIES URINAIRES**

CAPSULES DE SANTAL BRETONNEAU

**CYSTITES
DÉCOMP. AMMON.**

Ces Capsules contiennent 0.40 d'Essence de Santal authentique et pure. — Elles méritent toute la confiance des médecins par leur efficacité certaine et l'absence de tout inconvénient. Elles ne donnent jamais ni diarrhée ni maux d'estomac. C'est avec ces Capsules qu'ont été faits les premiers essais d'application du Santal par les D^{rs} PANAS, DOLBEAU.

Société de Chirurgie, 20 Septembre 1886.

Pharmacie CADET-GASSICOURT, 6, Rue Marengo, PARIS.

SAVONS MÉDICINAUX. A. MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON Phéniqué... à 5%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON Boraté... à 10%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Thymol... à 5%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON à l'Ichthyol... à 10%, de A. MOLLARD 24⁵
SAVON Borique... à 5%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Salol... à 5%, de A. MOLLARD 12⁵
SAVON Iodé (KI — 10 %)... de A. MOLLARD 24⁵
SAVON Sulfureux hygiénique de A. MOLLARD 12⁵ ou 24⁵
SAVON Goudron de Bourgogne de A. MOLLARD 12⁵
SAVON Glycérine... de A. MOLLARD 12⁵

ILS SE VENDENT EN DOITRE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINES AVEC
3% % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS GRANULES DARDEL

à l'Arséniate de Mercure
ASO^s 2HGO HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'étiquette ne porte pour toute désignation que la formule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob.

LE SACCHAROLÉ de QUINQUINA VIGIER

TONIQUE — RECONSTITUANT — FEBRIFUGE

Renferme tous les principes toniques et alcaloïdiques de l'Ecorce et remplace avantageusement toutes les autres préparations : Potion à l'extrait de quinquina, Filules, Vins, Sirops, etc. Une cuillerée à café représente un gramme d'extrait.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. Dans les cas d'anémie, chlorose, épuisement, diarrhées, maux d'estomac, dyspepsie et convalescence, — 2 à 4 cuillerées à café contre les fièvres intermittentes, typhoïde, etc. — **Pris du Flacon** représentant **20 grammes d'Extrait** : 3 francs.

ELIXIR DE QUINQUINA VIGIER aussi actif que le Saccharolé. **DOSE :** Un verre à liqueur à chaque repas.

Pharmacien de 1^{re} Classe, Lauréat des Hôpitaux et de l'Ecole de Pharmacie de Paris
VIGIER, Ph^{cie} CHARLARD, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

...

EL

grat
l'au
la fo

R

autre
estra
les co
cont
ranch
repe

p

m

de

do
el

oh
te
ne
s's
pe

(
(
(
(
(
mo

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UN GRANULOME INNOMINÉ

Par MM. Tenneson, Leredde et Martinet.

I

La lésion dont il s'agit a été étudiée avant nous par :

Brocq, sous le nom de *Folliculites disséminées symétriques des parties glabres* (1) ;

Barthélemy, sous le nom d'*Acnitis* et de *Folliclitis* (2) ;

Bronson, sous le nom d'*Acné varioliforme* (3) ;

Pollitzer, sous le nom d'*Hydradenitis destruens suppurative* (4) ;

W. Dubreuilh, sous le nom d'*Idrosadénite suppurative disséminée* (5) ;

Unna, sous le nom de *Spiradénite disséminée suppurative* (6).

Nous nous proposons de démontrer :

1° Que ni les follicules pileux, ni les glandes sébacées, ni les glandes sudoripares ne sont le point de départ du processus ;

2° Que la tumeur est un *granulome* dermique, lequel peut sans doute envahir secondairement les glandes, mais ne débute pas par elles ;

3° Que l'affection sous sa forme discrète (la seule que nous ayons observée) est plus commune qu'on ne le croit, et se développe sur un terrain scrofuleux. Granulome veut dire néoplasme infectieux ; nous ne doutons pas de l'origine microbienne des petites tumeurs dont il s'agit ; mais nos recherches bactériologiques incomplètes ne nous permettent pas de dire aujourd'hui quel en est l'organisme pathogène.

(1) *Trait. des mal. de la peau*, 1^{re} éd., p. 318, 1890.

(2) *Ann. de dermat.* ; *Sec. de dermat.*, déc. 1890, et *Ann. de dermat.*, janv. 1891.

(3) *Jour. of cutan. diseases*, avril 1891.

(4) *Monatsh. für prak. Derm.*, 1892.

(5) *Ann. de dermat.*, mai 1892 (n° suppl.).

(6) *Die histopath. der Haut*, 1894. Voir, au musée de l'hôpital Saint-Louis, les moulages 1508, 1543, et les photographies.

II

Oss. I. — Sara M..., 21 ans, employée de commerce, entrée le 5 décembre 1895, salle Gilbert, n° 15, service de M. Tenneson.

I. — *Antécédents*. — Rien de précis sur les antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels :

Séborrhée du cuir chevelu et blépharite double remontant à une époque indéterminée.

Il y a trois ans, eczéma de la face, des oreilles et des membres.

Au mois de juin 1895, nouvelle poussée d'eczéma sur la face et sur les oreilles. L'eczéma persiste lors de l'entrée ; il est animé, suintant ; la guérison a été lente (comme cela a toujours lieu chez les sujets lymphatiques).

II. — *Examen général*. — Bouffissure et cyanose des extrémités.

Embonpoint. Apathie musculaire et intellectuelle.

Les autres manifestations classiques de la strume font défaut.

L'examen des viscères et celui de l'urine donnent des résultats négatifs.

III. — *Examen dermatologique*. — Les nodules ont débuté avec l'eczéma au mois de juin 1895.

Ils naissent isolément à une, deux ou trois semaines d'intervalle, sans réaction, sans douleur.

L'évolution de chacun dure un mois environ.

Les premiers ont apparu sur les genoux. Aujourd'hui ils sont disséminés en petit nombre sur toutes les régions, mais plus nombreux qu'ailleurs sur la face dorsale des mains et sur leurs bords.

Nous avons pu suivre quelques-uns de ces nodules depuis leur naissance jusqu'à leur terminaison.

Au début : tumeur dure, sphérique ou ellipsoïdale bien limitée, ayant au plus le volume d'un petit pois. Elle occupe le derme, fait une saillie légère et se déplace avec la peau. Celle-ci ne présente aucune modification apparente, ni rougeur, ni desquamation, ni ombilic central.

Douleur spontanée nulle, douleur à la pression nulle ou à peu près nulle.

Un certain nombre de nodules disparaissent spontanément sans laisser de traces, sans avoir présenté d'ombilic à aucune période.

D'autres se ramollissent au centre et s'abcèdent. La petite tumeur toujours dure est alors plus saillante, cylindro-conique, de couleur rouge sombre ; elle est creusée d'une cavité centrale dont on fait sourdre une goutte de pus par la pression. L'ouverture de cette cavité forme ombilic au sommet du nodule, et peut être bouchée par une croûte. (L'idée d'une folliculite se présente alors naturellement à l'esprit.) Puis la tumeur s'affaïssit, la suppuration se tarit, il reste une petite cicatrice étoilée, bordée d'une auréole hémato-pigmentaire. Celle-ci disparaît avec le temps, mais la petite cicatrice persiste ; et la peau est constellée de loin en loin par des cicatrices semblables.

IV. — *Examen histologique*. — La biopsie fut faite au niveau du bord interne du pied, elle enleva une nodosité datant de deux jours environ. Fixation par sublimé acétique, coloration par l'hématéine, la thionine phéniquée, etc.

Epiderme. La région où la biopsie a été faite ne permet pas d'accorder une grande importance à l'épaississement de la couche cornée : la couche granuleuse, le corps de Malpighi sont normaux. Il n'y a pas de diapédèse intra-épidermique.

Derme. Les lésions importantes, les altérations les plus avancées occupent la profondeur, et quoique la biopsie ait été faite très largement, elle ne les comprend pas tout entières. On peut conclure de là que le début se fait à l'union de l'hypoderme et du derme, dans la région des glandes sudoripares, et dans la couche adipeuse dont on retrouve les vésicules sur les coupes.

De droite à gauche dans la région profonde qui nous occupe en ce moment nous pouvons distinguer trois régions.

Toute la moitié droite est occupée par un gros nodule entièrement caséifié ; à un faible grossissement, on y distingue des vésicules adipeuses isolées les unes des autres, quelques rares vaisseaux altérés du reste, et des faisceaux conjonctifs nécrosés qui divisent la masse.

Plus loin on trouve, séparé du précédent par des tractus conjonctifs volumineux, un nodule arrondi plus petit, entièrement caséux à son centre mais dont la périphérie est formée par des cellules nombreuses, assez serrées.

Enfin on arrive à gauche sur une région qui paraît saine à un faible grossissement et où l'on distingue des glandes sudoripares et des vaisseaux.

1° Nous avons peu de remarques à faire sur cette dernière zone : les glandes sudoripares dans la portion sécrétoire de leur tube excréteur sont saines, les vaisseaux, artérioles, capillaires et veinules sont normaux ; ceux où l'on trouve du sang ne contiennent pas de leucocytes en nombre anormal ; autour d'eux il n'y a aucune trace d'irritation indiscutable : tout au plus pourrait-on relever la présence de cellules fixes en nombre un peu exagéré ?

2° La région centrale du nodule qui se trouve à droite de cette région est entièrement nécrosée, on ne retrouve aucun élément du tissu préexistant, sauf une ou deux vésicules adipeuses qui permettent de reconnaître la région de la peau où s'est formé le nodule. Vers la partie profonde des coupes on reconnaît quelques cellules, dont le noyau est à peine colorable, des corps ayant la forme et la dimension de globules rouges, mais ne fixant plus les couleurs acides, disséminés comme s'il s'était produit une hémorrhagie.

Les lésions de la zone périphérique de ce nodule sont particulièrement importantes : elles permettent de saisir le processus à un âge peu avancé. On constate la prolifération des cellules fixes : mais des noyaux nombreux déjà ne se colorent plus facilement ; puis, en certains points, de cellules nombreuses, qui ont le type des lymphocytes, beaucoup mieux conservées, beaucoup plus vivantes. Dans cette zone, on trouve enfin des vaisseaux, mais souvent difficiles à distinguer, car tous sont altérés, et certains d'une manière excessive. Parfois le calibre est perméable mais rétréci, et les parois infiltrées de cellules ; en général le vaisseau est oblitéré par des débris finement granuleux, sans doute de nature fibrineuse, les parois

sont alors nécrosées et ne se reconnaissent qu'à la coloration un peu plus vive que celle du tissu voisin.

Un angle du nodule contient au milieu de cellules dont quelques-unes ont un protoplasma élargi un peu granuleux, cellules épithélioïdes, une cellule géante, ovulaire, possédant une double couronne de noyaux serrés les uns près des autres, dont le centre est très finement granuleux : on croirait voir un vaisseau thrombosé, mais ni la situation, ni les caractères de cette cellule géante ne permettent d'émettre une hypothèse ferme sur son origine. A quelque distance, on trouve des noyaux agglomérés, formant des cellules géantes incomplètes, enfin on trouve la coupe d'un tube sudoripare excréteur tout à fait sain.

La masse caséuse qui occupe la région droite et profonde des coupes, présente exactement les mêmes lésions périphériques : on y trouve des lésions vasculaires à tous leurs stades ; il est peu facile d'en analyser le début, qui est marqué par une infiltration de cellules autour du vaisseau, en couronnes régulières, et dans ses parois, parfois la présence de leucocytes sans doute arrêtés dans la lumière. Mais l'oblitération est plus fréquente et toujours elle s'accompagne de nécrose ; dans les régions nécrosées en bloc du foyer, on reconnaît encore des vaisseaux, à la teinte rosée que prennent les globules rouges par le carmin d'alun, et on distingue vaguement les fibres de la paroi vasculaire.

La région moyenne du derme est saine en quelques points, mais ailleurs elle est semée de cellules nombreuses (lymphocytes et cellules fixes), bien colorables du reste. Les vaisseaux sont généralement altérés, c'est autour d'eux que l'infiltration cellulaire est le plus considérable ; parfois, s'il s'agit d'artérioles, on voit les cellules endothéliales multipliées, tuméfiées, rétrécissant le calibre.

Deux petits nodules que l'on voit sur une coupe colorée par le réactif de Biondi sont tout à fait intéressants ; on y trouve des artérioles, en voie d'oblitération par la lésion de la tunique interne, et tout autour des leucocytes nombreux, et des cellules fixes, reliées par un réticulum, dû sans doute à la dissociation des faisceaux conjonctifs périvasculaires.

Les lésions de la région ont peu d'importance ; les vaisseaux y sont un peu dilatés, les cellules périvasculaires un peu plus nombreuses que dans la peau normale, les papilles paraissent légèrement tuméfiées.

Obs. II. — Léon F..., âgé de 17 ans, expéditionnaire, entré le 4 mars 1896, salle Cazenove, n° 21, service de M. Tenneson.

I. — ANTÉDÉDENTS. — A. *Héréditaires*. — a) Du côté des ascendants rien de bien net à signaler ; le père est solide, bien portant, sans tare connue, du malade au moins ; la mère est petite, chétive, mais d'une santé en somme satisfaisante.

b) Pour les collatéraux, on note chez le frère, âgé de 12 ans, une santé chancelante, des convulsions dans l'enfance, des amygdalites à répétition ; la sœur, âgée de 14 ans, est robuste, vigoureuse.

En résumé, sauf du côté du frère qui semble un lymphatique, l'examen est négatif.

B. *Personnels*. — En revanche le malade a un passé pathologique déjà chargé.

Étant tout jeune, il dit avoir eu de l'eczéma impétigineux de la face, de l'impétigo du cuir chevelu et « beaucoup de maladies d'enfance », rougeole, etc., sans pouvoir autrement préciser.

Depuis il a souffert d'otites suppurantes, d'amygdalites fréquentes à répétition avec hypertrophie qui ont nécessité l'amygdalectomie il y a trois ans.

Il y a deux ans il a eu une nouvelle poussée d'eczéma avec séborrhée du cuir chevelu.

Enfin il a été opéré pour une déviation de la cloison nasale, il lui reste d'ailleurs une perforation consécutive à cette intervention.

En somme, c'est un scrofuleux au sens ancien du mot et à celui où l'emploie encore M. le professeur Dieulafoy — c'est un lymphatique — en tous cas.

De plus, l'examen du malade à ce point de vue confirme cette impression, car on constate l'existence de quelques troubles d'évolution (asymétrie crânienne légère, oreilles grosses et écartées, scapulae alatae, anomalies dentaires, exostose médio-palatine) et celle de végétations adénoïdes du naso-pharynx forçant le malade à une respiration bruyante, la bouche ouverte et contribuant avec la perforation nasale à donner à la voix un timbre nettement nasonné.

L'examen des autres appareils est négatif.

II. — MALADIE ACTUELLE. — A. *Commémoratif*. — Il vient demander nos soins pour de petites tumeurs multiples des extrémités qui se sont développées dans les conditions suivantes :

a) L'hiver de 1894 à 1895, il a eu, dit-il, aux pieds des engelures, qui ont duré tout l'hiver, à l'état de petites tumeurs, de « petites bosses », du volume d'un pois au printemps, laissant après elles quelques petites cicatrices blanchâtres, cornées, arrondies ou étalées qui se sont bien effacées depuis.

b) Au commencement de l'hiver dernier 1895-1896, vers le mois de décembre, certaines articulations des doigts se sont hypertrophiées, ensuite sont apparues graduellement sans fièvre, sans douleurs, sans prurit, sans rougeur, à plusieurs niveaux de petits nodules comparables à ceux que nous allons décrire et dont beaucoup ont évolué vers la suppuration.

B. *Examen clinique*. — 1^o Physique. L'examen dénote l'existence aux membres supérieurs de petites tumeurs.

a) Siégeant aux mains, surtout aux doigts, en plus grand nombre à la face dorsale. Quelques-unes groupées au voisinage des articulations de la première phalange avec la deuxième ;

b) En nombre variable 1, 2, 3, 4 pour chaque doigt ;

c) De forme arrondie ou ovoïde ;

d) Du volume d'un grain de millet à un petit pois ;

e) Situées dans le derme et l'hypoderme suivant leur âge, faisant corps par conséquent avec la peau dans laquelle elles sont enchâssées et qui ne peut glisser sur elles ;

f) De consistance dure, ferme fibreuse ;

g) Elles sont à des périodes différentes de leur évolution.

a) Les nodules initiaux ne présentent aucune inflammation appréciable,

la peau à leur niveau est normale, sans rougeur, sans pertuis, sans acumination.

β) D'autres, plus avancés, présentent une rougeur légère, leur sommet légèrement jaune, ou blanc, leur donne l'apparence de folliculite pour les uns, de vésicules à paroi épaisse, à alvéole inflammatoire pour les autres.

λ) La peau enfia, ulcérée en certains points par l'ouverture des petits abcès nodulaires précédents, présente des cicatrices polymorphes, les unes blanchâtres avec pigmentation périphérique, la plupart dures, circulaires, présentent un cratère central avec bords épaissis, indurés, cornés analogues à des durillons.

On ne trouve pas aux *pièdes* de tumeur en évolution, mais seulement quelques cicatrices blanchâtres, étoilées, anciennes, siégeant surtout à l'extrémité antérieure des orteils et qui sont peut-être de même nature que les précédentes.

A la *face* on note seulement la présence de deux petits nodules au début, occupant le bord libre de chacune des oreilles.

Nous n'avons trouvé au *tronc* ni nodules, ni cicatrices.

2° Fonctionnel. — a) Le malade n'accuse ni douleur, ni prurit.

b) La sensibilité tactile et thermique paraît normale au niveau des tumeurs.

c) Mais les mains sont en général froides, légèrement bleuâtres, engourdis, le malade les réchauffe difficilement; la circulation y est, en somme, paresseuse.

d) Nous avons tenté d'étudier la sécrétion sudorale par la pilocarpine, par la chaleur.

α) Dans une première séance, nous avons injecté 0 gr. 01 de pilocarpine dans le tissu cellulaire de l'avant-bras gauche. La réaction générale a été très marquée. La congestion de la face avec sensation de chaleur intense s'est manifestée cinq minutes après l'injection. La sueur a ruisselé sur le visage huit minutes après l'injection. La salivation est devenue intense après dix minutes. Mais les zones d'hyperhidrose n'ont pas dépassé la racine du membre supérieur; les mains sont restées froides, exsangues, sans sudation appréciable.

β) Dans une deuxième séance nous avons injecté, suivant la méthode du professeur Strauss, 2 milligr., localement à la base de deux des petits nodules du pouce de sa face dorsale. Mais bien que nous ayons obtenu une légère réaction générale (sudation de face avec sensation de chaleur), nous n'avons pu obtenir, même par l'action combinée de la chaleur et de la pilocarpine, que la sudation légère de la face palmaire de la main. La sudation a été nulle sur toute la face dorsale de la main, aussi bien au niveau de notre injection que sur le reste de cette face, bien que nous ayons obtenu une vaso-dilatation locale marquée, rendue évidente par la teinte rose vif prise par la peau au niveau du point injecté.

γ) En somme, ni dans la première, ni dans la deuxième séance nous n'avons obtenu de sécrétion sudorale au niveau des nodules dermiques. Mais cette acrinie n'a pas été suffisamment localisée à ces régions pour que nous nous croyions en droit d'en tirer une conclusion relative au fonctionnement des glandes sudoripares à leur niveau. Nous pensons plu-

tôt qu'elle est simplement due à la torpeur de la circulation au niveau des extrémités, à la stase périphérique.

3^e Évolution. — L'affection dans son ensemble est à son stade de régression.

Nous n'avons pas assisté à l'éclosion de nouveaux nodules.

Ceux à leur période initiale que nous avons pu suivre ont évolué de façons différentes. Les uns, en petit nombre (un ou deux), ont disparu par simple régression, par fonte graduelle. Les autres, en majorité, ont donné naissance ultérieurement à de petits abcès nodulaires contenant une gouttelette de pus et qui, après ouverture, ont laissé de petites cicatrices cornées quelquefois cratériformes, en tout semblables à celles décrites plus haut.

Nous n'avons pas assisté à l'évolution complète d'une tumeur depuis son apparition dans le derme, jusqu'à la formation de la cicatrice, mais au dire du malade, cette évolution serait complète en un mois, à six semaines, à deux ou même trois mois.

C. *Examen histologique.* — Une biopsie fut faite et enleva sur la face dorsale de l'index droit une tumeur tout à fait à son début, sans trace de suppuration. Fixation par sublimé acétique.

La couche cornée est très épaissie, formée de lamelles cohérentes. Sur la moitié de la préparation qui répond aux lésions dermiques les plus importantes, on trouve des cellules reconnaissables à un faible grossissement, semblables à celles que Unna décrit sous le nom de cellules œdémateuses. Près de la couche granuleuse seulement, on trouve quelques cellules cornées pourvues à leur centre de noyaux colorables, plats, en bâtonnets.

La couche granuleuse est épaissie.

Le corps muqueux est également épaissi, sans que l'on trouve de karyokinèse. Il n'existe pas de cellules migratrices dans l'épiderme.

Dans le derme, on peut distinguer de droite à gauche deux régions. La région droite présente en quelques points seulement des lésions de diapédèse très marquées autour des capillaires des papilles et autour de quelques vaisseaux du réseau sous-papillaire. Ici les glandes sudoripares sont absolument normales. Dans la région profonde de cette zone on trouve sur le bord des coupes des cellules nombreuses en un point où existent également quelques glandes sudoripares; elles infiltrent régulièrement la paroi d'une veinule coupée suivant sa longueur.

Dans la région gauche des coupes, on trouve des lésions bien plus intenses ayant leur maximum non dans la région sous-épidermique du derme, mais dans sa région profonde.

Les papilles disparaissent parfois, on y trouve ainsi que dans la couche sous-papillaire des foyers arrondis formés de cellules au contact, nettement limités autour des vaisseaux. Toutes les fentes lymphatiques sont élargies.

Plus profondément on trouve des lits cellulaires interposés aux faisceaux conjonctifs, qui tendent à s'atrophier.

Enfin on arrive à des nodules arrondis, au contact les uns des autres, séparés de la région moyenne du derme par une zone étroite, constitués de faisceaux connectifs nécrosés.

Ces nodules comprennent des cellules qui ont, en général, les caractères des lymphocytes ou des cellules fixes à gros noyaux, le tout groupé sur un réticulum. Des vaisseaux sanguins s'y rencontrent en si grand nombre qu'une néoformation vasculaire paraît probable. Les glandes et les conduits sudoripares qui traversent la région *ne sont pas altérés*.

Ainsi formés ces nodules ont, en somme, les caractères de granulomes infectieux jeunes.

Entre les régions droite et gauche des coupes, on trouve une zone qui comprend des éléments cellulaires à noyaux mal colorés, serrés les uns sur les autres. Un vaisseau peut se reconnaître encore, on le trouve oblitéré par des cellules qui remplissent son calibre, tandis que ses couches périphériques sont infiltrées de cellules lymphatiques. De grosses veines dans cette même région présentent un rétrécissement assez marqué de leur calibre, ainsi qu'une infiltration très nette de leur tunique externe, une périphlébite évidente.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions ont d'abord été étudiées au point de vue anatomique par Barthélemy, Darier, Jacquet. Barthélemy a vu des cellules embryonnaires englobant les éléments du tissu profond du derme et s'étendant jusqu'aux glandes sébacées; pour lui, ce n'est pas à l'intérieur ni aux dépens d'une glande sudoripare que la lésion s'est développée; mais au point où l'inflammation se produit, elle agglutine tous les éléments qui y sont situés.

Darier a étudié deux pièces; l'une à son début se présentant sous forme de petits tubercules durs, lui a montré des éléments groupés en follicules, ces follicules comprenaient des cellules épithélioïdes, quelques cellules géantes et une couronne de cellules rondes. Il n'a pu préciser le point de départ, ni l'origine des lésions, la biopsie n'ayant pas dépassé la région des glandes sébacées.

Une pièce étudiée à la période de suppuration lui a montré des cellules géantes, des cellules épithélioïdes, des cellules embryonnaires.

Jacquet a insisté sur les lésions artérielles, sur l'oblitération possible, il a observé la nécrose centrale des follicules; le premier il a signalé des lésions des glandes sudoripares non dans leur portion glomérulaire, mais dans leur portion excrétoire (élargissement du tube, état vitreux des cellules dont la cuticule disparaît et dont le noyau se colore mal).

En somme, jusqu'ici il n'est pas question d'une idrosadénite primitive; la théorie de l'idrosadénite apparaît avec Giovannini; elle est développée ensuite dans les travaux de Fordyce, Politzer et de Dubreuilh; ce dernier a résumé les travaux précédents et a ajouté des observations personnelles; on peut condenser ce travail de la manière suivante:

Le début des lésions se fait par un petit groupe de glomérules et s'étend aux glomérules voisins. Une infiltration de cellules embryonnaires se produit dans la loge glomérulaire. Simultanément les cellules épithéliales prolifèrent, puis dégénèrent, c'est à elles sans doute qu'il faut attribuer la présence de cellules épithélioïdes. Ce sont sans doute les tubes glandulaires altérés qui forment les cellules géantes. Les follicules pileux sont indemnes.

Les lésions s'étendent le long des canaux excréteurs.

Tous les vaisseaux sanguins sont entourés de leucocytes.

Dès que la suppuration se produit, tous les tissus du derme sont envahis indifféremment.

Unna, qui donne à la maladie le nom de spiradénite disséminée, suppurative, admet aussi l'origine glandulaire de l'affection. Il n'a pu, non plus qu'aucun des auteurs précédemment cités, colorer aucun microbe sur les coupes ; il insiste sur ce fait, que la suppuration se produit sans intervention des pyocoques vulgaires.

Les travaux des auteurs que nous avons énumérés ont analysé avec soin les lésions histologiques de la maladie, et si on veut bien se reporter aux examens microscopiques que nous relatons, on verra que nous avons bien eu affaire à la même affection, ce que l'étude clinique démontre déjà sans conteste. Aussi ne donnerons-nous pas un nouveau tableau anatomique.

Mais de nos examens il résulte un fait, c'est que nous ne pouvons partager l'opinion de Giovannini, Fordyce, Pollitzer, Dubreuilh, Unna sur la nature de la maladie. De toutes les lésions que nous avons observées, les lésions vasculaires sont de beaucoup les plus importantes, ce sont elles qui déterminent la nécrose, le ramollissement profond des tissus ; elles paraissent être à l'origine du processus. Nous avons eu affaire à des altérations jeunes où la lésion des vaisseaux est intense, où déjà ils sont oblitérés, alors que celle des glandes sudoripares est nulle ou à peine marquée. Dans les zones nécrosées leur altération est excessive, mais elles sont atteintes au même titre que les tissus voisins ; ce n'est pas là qu'il faut les étudier.

Il nous paraît en somme qu'on est trop avancé sur l'origine de la maladie. L'origine parasitaire en est indéniable, aucun des auteurs qui se sont occupés de la question n'en doute ; l'absence des microbes prouve seulement que nous ignorons l'agent pathogène ; à la lecture des coupes on a le type parfait du granulome infectieux.

Mais admettre qu'il existe une idrosadénite c'est admettre, semble-t-il, une infection qui se produit de dehors en dedans. Cliniquement, l'affection évolue de dedans en dehors, le nodule est plus profond à son début qu'à une période plus avancée ; le malade le prend au doigt avant qu'on puisse le voir. Anatomiquement il en est de même ; sur

les coupes on ne trouve parfois aucune trace de lésion du corps papillaire. Pour nous, les lésions vasculaires profondes sont les premières en date, et l'infection évolue de dedans en dehors. Tous les auteurs les ont constatées, nous les avons vues excessives puisque généralement nous avons trouvé les artérioles oblitérées. Mais tandis que Giovannini, Fordyce, Dubreuilh, Pollitzer, Unna admettent que les lésions glandulaires sont initiales, nous pensons qu'elles sont secondaires. Il n'est pas étonnant qu'elles se produisent dans des granulomes qui envahissent toute une zone du derme profond. L'existence de cellules géantes est-elle due à l'altération des cellules glandulaires? Nous en doutons fort, et nous hésitons également à rattacher à la même cause l'existence de cellules épithélioïdes.

IV. — SYMPTOMES ET ÉVOLUTION CLINIQUE

Chez un sujet jeune et lymphatique, des petits nodules indolores sont irrégulièrement distribués sur toutes les régions. Ils apparaissent sans cause appréciable, sans réaction, à quelques jours ou quelques semaines d'intervalle, pendant un temps illimité. La face dorsale des doigts, la paume des mains et le bord libre du pavillon de l'oreille paraissent être des lieux d'élection. Chaque nodule est au plus gros comme un pois; la plupart ont un volume inférieur. Tous sont intradermiques, mobiles avec la peau, plus sensibles à la palpation qu'à la vue. Ils sont durs, arrondis, bien limités; ils n'ont pas d'aréole congestive et ne sont pas douloureux à la pression, ou le sont à peine. Au niveau du nodule, la peau ne présente aucun changement de couleur et n'est pas ombiliquée. Cette absence d'ombilic est constante sur toutes les tumeurs tant qu'elles ne suppurent pas, pendant huit jours, quinze jours au plus; et quand le nodule disparaît sans suppuration (ce qui n'est pas rare), il n'est ombiliqué à aucun moment de son évolution. Le fait non encore signalé nous paraît important; il prouve que les organismes pathogènes n'attaquent pas ici la peau de dehors en dedans, mais lui sont apportés par les vaisseaux sanguins.

Lorsque la tumeur suppure, elle devient plus sensible, plus saillante, et prend une couleur rouge sombre. Puis elle s'ouvre au sommet, laissant écouler une goutte de pus qui se concrète. A ce moment, le nodule toujours dur est centré par un ombilic en forme de cratère; l'idée d'une folliculite se présente naturellement à l'esprit. Enfin la croûte tombe, la tumeur s'affaisse; et finalement il reste une petite cicatrice étoilée, tantôt mince, souple, tantôt dure et comparable à un durillon. Elle est bordée d'une auréole pigmentaire qui s'efface avec le temps. Au bout de quelques mois, le malade est constellé de semblables cicatrices. En les cherchant sur les mains, sur les oreilles, on

peut faire quelquefois le diagnostic rétrospectif de la maladie.

Un bon nombre de nodules disparaissent spontanément, sans suppurer, sans laisser de traces. L'évolution d'un nodule qui suppure dure un mois environ. Nous ignorons la durée moyenne de la maladie. Sara M... (obs. I) que nous avons revue tout récemment, n'avait plus de nodules. Ils s'étaient succédé chez elle pendant plus de six mois.

PATHOGÉNIE

Nos malades étaient tous jeunes et scrofuleux. La scrofule est aussi mentionnée explicitement ou implicitement dans la plupart des observations publiées avant les nôtres. Mais nous allons plus loin et admettons un lien entre nos granulomes et le lymphatisme. Cela réclame un commentaire.

De la scrofule telle que l'entendaient Lugol et Bazin, si on retranche ce qui ressortit à la syphilis héréditaire et à la tuberculose, il reste quelque chose. Cette chose n'a ni critère étiologique, ni critère anatomique ; cependant, lorsqu'il s'agit de scrofuleux, tous les cliniciens s'entendent. On nomme ainsi des sujets dont la circulation sanguine et le pouvoir calorifique sont languissants. Leurs extrémités sont froides, cyaniques, boursoufflées. Durant tout l'hiver, ils ont des engelures ; et les nodules qui nous occupent mis au compte des engelures passent alors inaperçus.

L'apathie du système nerveux est égale à la torpeur des vaisseaux sanguins ; de tels sujets n'aiment que manger, boire et dormir. En revanche, l'activité de leurs vaisseaux blancs est prédominante ; ce sont des « lymphatiques ». Ils ont à tout propos des suppurations de la peau et des muqueuses voisines. Puis ces lymphangites froides, répétées, souvent inaperçues, entraînent peu à peu des œdèmes lymphatiques par obstruction ; véritables éléphantiasis circonscrits qui occupent surtout la lèvre supérieure, les joues, les oreilles, et impriment au visage des traits caractéristiques. Les ganglions s'enflamment, se tuméfient comme pour barrer la route aux parasites ; mais ceux-ci passent tôt ou tard et pénètrent dans le courant circulatoire. — Ainsi parviennent à la peau les micro-organismes inconnus (bacilles de Koch ou autres) qui sont la cause efficiente de nos granulomes innominés.

NOUVELLES NOTES CLINIQUES
SUR LES LICHÉNIFICATIONS ET LES NÉVRODERMITES

(Suite)

Par le Dr L. Brocq.

III

LE GRAPHIQUE DES NÉVRODERMITES

En 1893 nous avons proposé pour faire comprendre et rendre en quelque sorte tangibles les relations qui existent entre diverses dermatoses, de les figurer par des graphiques: chaque type objectif étant représenté par une sphère, les diverses sphères étant plus ou moins rapprochées les unes des autres suivant leurs degrés d'affinité, et étant reliées entre elles par des lignes sur lesquelles viennent tout naturellement se classer les faits de passage si nombreux qui existent entre les divers types morbides que nous considérons comme purs pour les besoins de la description.

Nous n'insistons pas sur le plus ou moins bien fondé de cette idée, et nous renvoyons pour plus de détails sur ce point à notre article de 1893.

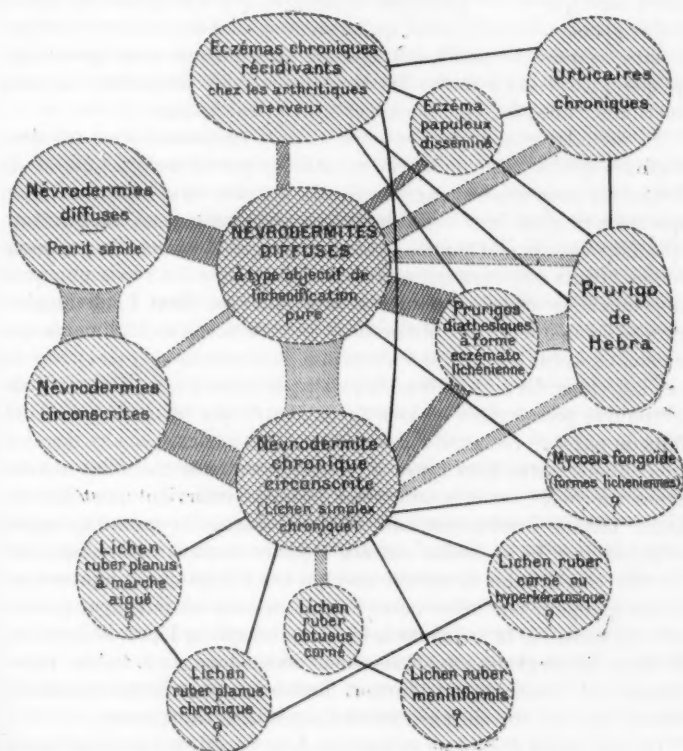
Nous allons faire l'application de notre mode de classification aux névrodermites afin d'en bien fixer la place dans le cadre dermatologique.

Si l'on considère avec quelque attention le graphique annexé à ce travail, on comprendra rapidement l'intime constitution du groupe et ses relations avec les dermatoses voisines. Le centre même du graphique est occupé par le médaillon de la névrodermite chronique circonscrite (lichen simplex chronique d'E. Vidal), et par le médaillon des névrodermites diffuses à type objectif de lichénification pure. Ces deux médaillons sont étroitement unis: il existe effet entre les deux formes morbides qu'ils représentent de nombreux faits de passage dans lesquels on trouve soit d'anciens placards de névrodermite diffuse, soit des névrodermites à évolution lente assez étalées, tenant à la fois par leur aspect objectif, par leur marche, par leur extension, des névrodermites diffuses et des névrodermites circonscrites. En somme, comme nous l'avons dit plus haut, ils ne constituent à eux deux qu'une seule et même dermatose.

Tout autour de ce centre se groupent les affections qui ont des affinités avec les névrodermites dites pures.

Les névrodermites se rapprochent surtout des névrodermies, mala-

dies caractérisées comme elles-mêmes par des démangeaisons plus ou moins intenses, mais qui en diffèrent par le peu de réaction des téguments : ceux-ci ne se lichénifient point, ou tout au moins ne subissent qu'imparfaitement et après un laps de temps fort long des modifications dues aux grattages. Or tous les degrés peuvent se rencontrer entre les deux types extrêmes au point de vue de cette sensibilité de réaction aux traumatismes. Les névrodermites diffuses se relient donc étroitement aux névrodermies diffuses; les névrodermites chroniques circonscrites aux névrodermies circonscrites (voir le graphique). Nous n'avons pas besoin d'insister.



Au point de vue purement objectif les affections cutanées qui ressemblent le plus au lichen simplex chronique, sont, comme nous l'avons dit plus haut, les variétés chroniques et un peu torpides de lichen ruber planus. Mais ce ne sont là, croyons-nous, que de fausses apparences. Nous ne saurions trop répéter que pour nous le lichen

ruber planus est une dermatose à part, bien nettement déterminée par ses éléments si caractéristiques ; nous ne pouvons la regarder comme un mode de réaction banale de la peau : elle se complique parfois d'un état d'excitabilité nerveuse cutanée tel qu'il semble qu'une névrodermite chronique circonscrite ou diffuse vienne se surajouter à l'affection et déformer l'éruption typique ; mais en admettant même le bien fondé d'une pareille hypothèse (qui n'est qu'une hypothèse discutable) nous ne saurions concevoir ces faits de superposition comme étant des faits réels de passage entre les névrodermites d'une part et les lichens ruber planus typiques d'autre part. Ils ne pourraient être envisagés de la sorte que si l'on parvenait à prouver que l'éruption du lichen ruber planus n'est, elle aussi, qu'un mode spécial de réaction des téguments, ce qui nous paraît fort douteux. Les mêmes remarques s'appliquent d'ailleurs à toutes les dermatoses pour lesquelles on peut incriminer une cause pathogène externe et spécifique.

La méthode graphique peut être utilisée également pour ces dermatoses spécifiques comme elle est utilisée par la zoologie et par la botanique pour rendre tangible les affinités des êtres entre eux, bien que ceux-ci aient leur individualité propre ; mais il est bien certain que dans ces cas elle montre entre ces groupes de faits des rapports moins étroits que ceux qui peuvent exister entre les types cliniques dépendant de causes premières identiques et dont l'individualité propre semble tenir aux différences de réaction des téguments qui existent suivant les individus et suivant les dispositions passagères de ces individus. Et surtout il ne faudrait pas se servir de cette méthode graphique pour égarer les esprits et mettre sur le même plan des faits de passage réels qui s'observent comme modes spéciaux de réaction cutanée entre deux types de réaction cutanée classifiés comme types morbides, et des faits dans lesquels intervient peut-être un autre facteur étiologique, un facteur externe, le microbe, lequel entraîne avec lui sa lésion cutanée objectivement caractéristique : ici en effet, ce n'est plus le malade seul qui fait l'éruption ; il n'intervient même que pour une faible part ; l'agent externe est le facteur principal qui gouverne la forme de la lésion : exemple la lèpre, la syphilis, le lupus tuberculeux, etc. Nous nous demandons si le lichen ruber planus, si l'eczéma, et surtout l'eczéma séborrhéique psoriasiforme, etc., ne doivent pas être envisagés de cette manière.

On comprend dès lors que tous ces faits ne soient pas absolument comparables entre eux, et c'est pour cela que dans notre tableau, nous avons mis des points d'interrogation à côté du lichen ruber planus et de ses diverses variétés dont les affinités objectives avec le lichen simplex chronique sont cependant si remarquables. En un mot, nous craignons que la cause première du lichen ruber vrai ne soit un agent infectieux venu du dehors, d'où toutes nos réserves.

Nous faisons exception pour la forme que nous avons décrite sous le nom de lichen ruber obtusus corné : cette affection pourrait fort bien n'être qu'une forme spéciale de névrodermite, car on n'y trouve pas les lésions caractéristiques du lichen ruber planus. Elle nous semble donc avoir des relations beaucoup plus étroites que les autres variétés de lichen ruber avec le groupe que nous étudions : aussi l'avons-nous réunie aux médaillons centraux par un trait beaucoup plus volumineux et n'avons-nous pas ajouté de point d'interrogation. Toutefois c'est là un point spécial qui réclame de nouvelles études dès que l'on aura la bonne fortune d'en observer un cas nouveau.

Nous sommes fort embarrassés pour établir les relations qui peuvent exister entre nos névrodermites et le mycosis fongöide. Nous ignorons complètement à l'heure actuelle quelle peut être la nature réelle de cette dernière affection. Tout n'est chez elle qu'obscurité au point de vue histologique et bactériologique. Quoi qu'il en soit, nous connaissons un fait clinique indiscutable, c'est que dans beaucoup de cas de mycosis fongöide la maladie est uniquement caractérisée dans ses périodes initiales, par des plaques plus ou moins circonscrites, plus ou moins diffuses, très prurigineuses, qui se lichénifient par suite du grattage et qui peuvent simuler à s'y méprendre des plaques de lichen simplex chronique, parfois même des poussées de névrodermite diffuse. Comme nous l'avons déjà dit depuis longtemps, avec notre excellent et très honoré maître M. le Dr E. Besnier, la dénomination de lichen hypertrophique donnée à cette affection par Hardy n'était donc pas aussi injustifiée qu'elle le paraît au premier abord. Des lichénifications entées sur eczéma peuvent simuler le mycosis arrivé à la période de tumeur. Il est certain qu'un mycosis à la période lichénienne est fort souvent pour ainsi dire indistinguishable d'avec les névrodermites. Ne serait-il donc lui-même qu'une névrodermite ? On est jusqu'à un certain point en droit de poser cette question, quand on considère les formes auxquelles nous faisons allusion, mais nous ne pensons pas que cette conception soit exacte. L'histologie montre dans le mycosis dès le début des lésions qui ne cadrent pas du tout avec celles des névrodermites ; et, dès que les tumeurs se manifestent, il est évident qu'il y a dans cette affection autre chose que de simples lichénifications. Il faut donc nous résoudre à faire ici comme pour le lichen ruber planus, à signaler l'identité d'aspect de certains cas avec les névrodermites, et à établir cependant toute sorte de réserves au sujet de l'existence de faits de passage réels entre les mycosis fongöides vrais et les névrodermites vraies ; d'où le point d'interrogation que l'on remarque sur le graphique.

Après les névrodermites, ce sont les prurigos diathésiques à forme eczémato-lichénienne de M. le Dr E. Besnier qui ont le plus d'affinités avec les névrodermites. Il existe entre eux et les névrodermites pures

toute une série graduelle de faits de passage que l'on ne peut avec précision catégoriser dans l'un ou dans l'autre groupe. Comme nous l'avons déjà démontré dans nos publications antérieures, une névrodermite chronique circonscrite ou diffuse qui a d'abord évolué pendant un certain temps à l'état pur, c'est-à-dire en n'ayant comme lésions objectives que les lésions de la lichénification, cette névrodermite pure, disons-nous, peut à un moment quelconque s'eczématiser; et ce fait s'explique : 1° si l'on admet la nature toujours microbienne ou d'origine externe de l'eczéma par une inoculation secondaire de la plaque; 2° si l'on admet au contraire que l'eczéma n'est parfois qu'un mode spécial de réaction des téguments sollicités par des causes diverses, il s'explique par des variabilités passagères dans le mode de réaction cutanée de l'individu. Mais dans ces cas de névrodermites compliquées d'eczématisations, on se trouve précisément en présence d'éruptions tout à fait analogues à celles des prurigos diathésiques, et l'on voit en somme que les limites qui séparent ces deux groupes sont en réalité assez artificielles et quelque peu créées pour les besoins de la description. Il n'en est pas moins vrai que les deux types sont distincts au point de vue objectif dans leurs formes pures : mais leurs contours s'estompent et se fondent ensemble, comme l'indiquent les gros traits qui les réunissent sur le graphique.

Cette union est moins nette avec le prurigo de Hebra. Dans le prurigo de Hebra le début se fait en effet par des papules assez caractéristiques, qui sont complètement défaut dans les névrodermites pures. Par contre, il peut être difficile de distinguer une plaque ancienne de prurigo de Hebra d'une plaque de névrodermite chronique circonscrite, excoriée ou enflammée, et un prurigo de Hebra à l'état torpide a parfois beaucoup d'affinités d'aspects avec certains cas de névrodermites diffuses. Néanmoins, entre les névrodermites pures d'une part et le prurigo d'une autre part, les limites au point de vue purement objectif sont assez nettement arrêtées grâce à la papule initiale et à la fréquence de l'eczématisation dans le prurigo de Hebra.

Ces différences sont encore plus tranchées entre les névrodermites diffuses et le prurigo simplex : on sait que ce type morbide est caractérisé par des papules analogues à celles du prurigo et par une absence presque absolue de plaques de lichénification et d'eczématisation. Aussi n'avons-nous pas cru devoir le faire figurer sur notre graphique. Il en est de même des dermatites herpétiformes, du lichen ruber acuminatus neuroticus d'Unna, toutes affections qui n'ont de commun avec nos névrodermites diffuses que l'intensité et la ténacité du prurit, mais qui en diffèrent totalement par leurs éléments éruptifs.

Il semble au premier abord qu'il doive en être de même pour les urticaires et les eczémas; mais un examen quelque peu approfondi de ces groupes morbides permet de rectifier cette opinion. Les per-

sonnes qui sont atteintes de névrodermite diffuse ont assez souvent de la tendance à avoir de l'urticaire, et nous avons même vu la névrodermite diffuse commencer par des poussées incessantes et fort prurigineuses d'urticaire : peu à peu sous l'influence des grattages les lésions de la lichénification diffuse se produisent. Il y a donc dans ces cas intrication parfaite de l'urticaire d'une part et des symptômes objectifs des lichénifications diffuses d'autre part. Or nous avons vu dans des cas semblables l'urticaire ne plus se produire au bout d'un certain temps, ou tout au moins ne le faire que dans des proportions fort minimes comparativement au prurit. Doit-on considérer des cas analogues comme des urticaires dans lesquelles il s'est développé de la lichénification secondaire grâce aux grattages ; faut-il les regarder comme des névrodermites diffuses compliquées au début de poussées d'urticaire ? Nous croyons que l'on pourrait soutenir sans grand désavantage l'une ou l'autre de ces deux opinions. Et c'est parce qu'elles sont soutenables toutes les deux, parce qu'au fond l'urticaire chronique dans des faits semblables n'est qu'une des manifestations objectives de l'excitabilité nerveuse du sujet au même titre que le prurit et que la lichénification, que nous avons cru devoir établir une ligne de faits de passage des plus nettes entre les urticaires chroniques et les névrodermites diffuses.

Les rapports des eczémas chroniques récidivants des arthritiques nerveux soit diffus, soit en placards, avec les névrodermites sont à peu près les mêmes que ceux des prurigos diathésiques à forme eczématolichénienne, affections avec lesquelles ils ont tant de ressemblances ; nous n'insisterons pas plus longuement sur ce point.

Les rapports des eczémas papuleux disséminés avec les névrodermites tiennent à la fois de ceux des eczémas chroniques récidivants, de ceux du prurigo de Hebra, et du prurigo simplex. En somme, ces variétés diverses d'eczémas diffèrent nettement des névrodermites pures par la vésiculation ou la papulo-vésiculation qui est leur principale caractéristique objective. Ils s'en rapprochent au contraire par les prurits intenses qui les accompagnent, par la facilité avec laquelle ils se compliquent de lichénifications, par leur persistance et leur tendance incessante à récidiver. Or il y a des faits dans lesquels le prurit est intense, l'éruption eczémateuse proprement dite assez peu développée, la lichénification fort accentuée au contraire ; ces types semblent donc être intermédiaires aux névrodermites et aux eczémas. Comme nous l'avons dit plus haut, ils peuvent être compris de diverses manières suivant les idées que l'on adopte sur la nature réelle des dermatoses : quand l'éruption érythémateuse semble avoir été la première manifestation objective, on peut en faire des eczémas primitifs compliqués de lichénifications secondaires ; quand la lichénification domine, on peut les considérer comme des névrodermites

inoculées secondairement d'eczéma si l'on admet la nature parasitaire de cette dernière dermatose, comme des névrodermites compliquées d'eczématisation si l'on admet que l'eczématisation n'est qu'un mode banal de réaction des téguments sous l'influence des causes les plus diverses. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a, comme on le voit, entre ces types d'assez étroites relations qu'il était utile de mettre en lumière.

DEUXIÈME PARTIE

LES LICHÉNIFICATIONS DITES SECONDAIRES

Étude de quelques-unes des modifications que les lichénifications impriment à certaines dermatoses.

Nous n'avons pas l'intention de répéter encore une fois dans ce travail tout ce que nous avons déjà écrit sur les modifications que le grattage imprime à certaines dermatoses. On sait avec quelle fréquence et quelle rapidité les lichénifications se développent dans beaucoup d'eczémas prurigineux, dans les prurigos diathésiques, dans le prurigo de Hebra, etc. ; à chaque instant on peut relever l'existence de cette complication chez les malades, et, grâce à la connaissance de ce processus banal, on peut interpréter avec la plus grande facilité des aspects un peu insolites au premier abord qu'offrent un assez grand nombre d'éruptions. Tout cela commence à être connu et nous n'avons pas à y insister. Mais nous tenons à mettre en relief certains faits que nous avons passés sous silence dans nos publications antérieures et que personne jusqu'ici n'a suffisamment étudiés.

CHAPITRE PREMIER

DE L'ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE PSORIASIFORME DU CUIR CHEVELU COMPLIQUÉ DE LICHÉNIFICATIONS

Avec plusieurs autres dermatologistes nous distinguons au cuir chevelu un certain nombre de formes éruptives se rattachant à ce que le professeur Unna a décrit sous le nom d'eczéma séborrhéique. 1° L'eczéma séborrhéique circiné qui coïncide presque toujours avec des éruptions analogues du dos ou du devant de la poitrine : c'est pour nous une dermatose très probablement, pour ne pas dire sûrement parasitaire, bien spéciale comme aspect, évolution, réactions thérapeutiques ; 2° l'eczéma séborrhéique rétro-auriculaire et auriculaire qui constitue également un type morbide assez net comme localisation et comme évolution ; 3° enfin ce que nous désignons avec d'autres auteurs sous le nom d'eczéma séborrhéique psoriasiforme et dont nous allons nous occuper. Nous laissons de côté l'eczéma sébor-

rhéique sec ou séborrhée sèche du cuir chevelu dont on discute encore la nature réelle.

On sait que l'*eczéma séborrhéique psoriasiforme* du cuir chevelu est caractérisé par des plaques arrondies ou ovalaires, tout d'abord discrètes et peu nombreuses, formant des taches d'un rouge jaunâtre, infiltrant à peine le derme, sans saillie notable, recouvertes de squames d'un blanc jaunâtre, molles, grasseuses, assez faciles à enlever et au-dessous desquelles il n'est pas rare (mais ce n'est pas constant) de trouver la surface lisse, luisante, rouge jaunâtre beaucoup plus rarement rouge vif, parsemée d'un petit piqueté hémorrhagique que l'on a pendant si longtemps regardée comme constituant la caractéristique des dermatoses dites psoriasis.

Or peu à peu ces taches primitives s'étalent : leur couleur se fonce ; elles deviennent d'un rouge jaunâtre plus accentué, parfois un peu brunâtre ; elles s'épaississent ; le derme s'infiltré à leur niveau comme il le fait au niveau des plaques anciennes de psoriasis pur ; les squames deviennent aussi dans presque tous les cas, quoiqu'il y ait des exceptions, plus sèches, d'un blanc plus grisâtre, plus adhérentes. La maladie évolue ainsi avec la plus grande lenteur pendant des mois et même pendant des années dans les formes dites torpides que nous avons surtout en vue ici ; parfois cependant les plaques se multiplient au cuir chevelu, elles peuvent même devenir confluentes, former d'assez vastes nappes.

Le cuir chevelu peut être seul atteint : il faut être prévenu de ce fait, insolite dans les psoriasis typiques, pour ne pas hésiter à porter le diagnostic alors que toute l'éruption ne consiste qu'en une ou deux plaques plus ou moins étendues, situées en un point quelconque de cette région. Mais il est habituel de trouver en un autre point du corps du malade, aux aines, au pourtour de l'anus, vers les parties génitales, au tronc, aux membres supérieurs ou inférieurs, parfois même autour des ongles, un ou plusieurs éléments éruptifs presque toujours très discrets, arrondis ou ovalaires, d'un rouge accentué, quoiqu'un peu bistre, recouverts de squames d'un blanc jaunâtre assez peu adhérentes et au niveau desquels le derme est plus ou moins infiltré. Ces plaques dépendent évidemment de la même dermatose que celles du cuir chevelu ; elles donnent tout à fait à première vue l'impression de plaques de psoriasis.

Elles offrent cependant quelques particularités importantes : elles suintent assez fréquemment quand elles sont situées dans les plis et qu'elles ne sont pas soignées. Elles ont donc une tendance marquée à s'eczématiser. D'autre part, elles sont parfois le siège de démangeaisons des plus violentes, et, sous l'influence des grattages, elles se lichénifient avec une assez grande rapidité.

La forme éruptive dont nous parlons, constitue donc en réalité une dermatose d'un aspect un peu spécial, caractérisée par la largeur, par l'épaisseur des placards, par leur aspect psoriasiforme, parfois par leur petit nombre, par leur dissémination sans aucune systématisation apparente, par leur facilité à s'eczématiser, par leur tendance à se compliquer de prurit et de lichénifications.

Mais c'est surtout au cuir chevelu que les démangeaisons et les lichénifications consécutives semblent atteindre leur maximum d'intensité. Les plaques y prennent peu à peu un aspect assez spécial : les squames y deviennent de plus en plus adhérentes, grisâtres, inégales d'épaisseur suivant les points de la plaque, assez fines et semblables par endroits à celles du lichen ruber corné, croûteuses et noirâtres en d'autres points à la suite d'excoriations ; mais ces excoriations sont de moins en moins faciles à produire à mesure que les lésions de la lichénification se développent. Le derme sous-jacent est épaissi et ne se plisse plus qu'avec difficulté sur l'aponévrose épicroânienne. En certains points où la plaque déborde les limites du cuir chevelu, comme cela arrive assez fréquemment derrière les oreilles et à la nuque, le derme présente des quadrillages assez analogues à ceux des plaques de lichen simplex chronique ; mais sa teinte est d'un rouge plus psoriasique que celle de cette dernière dermatose.

Les modifications que nous venons de décrire nous semblent donner la clef d'une apparente anomalie thérapeutique qui nous a fort souvent désespéré. On sait que lorsque l'on traite avec énergie et persévérance les plaques typiques de l'eczéma séborrhéique psoriasiforme du cuir chevelu par les topiques bons pour le psoriasis, on obtient d'ordinaire des résultats satisfaisants, surtout si l'on se conforme à la règle qui veut que l'on proportionne l'énergie des préparations à l'état des téguments, c'est-à-dire que l'on emploie des topiques peu actifs lorsque la tendance à l'eczématisation est très accentuée, des topiques énergiques au contraire lorsque les plaques sont nettement psoriasiformes. Or il arrive assez souvent que l'on n'obtient aucun résultat appréciable dans ces cas, même en ayant recours aux préparations reconnues pour être le plus efficaces, comme le mélange d'oxyde jaune de mercure et d'huile de cade émulsionnée par le savon noir. C'est qu'alors il s'agit des lésions dont nous venons d'expliquer plus haut la genèse, de plaques prurigineuses épaissies, lichénifiées, au niveau desquelles le derme est profondément infiltré, souvent excorié et à la surface desquelles l'épiderme proliféré forme des stratifications cornées inégales dures et adhérentes. En somme, la plaque d'eczéma séborrhéique psoriasiforme s'est transformée et a pris l'aspect d'une véritable plaque de

lichen simplex chronique. Elle en a tous les caractères de chronicité et de résistance aux médications locales. Ces modifications peuvent également s'observer sur les plaques des parties glabres.

Ces faits sont relativement assez fréquents, et ils ont une importance pratique assez grande, car, pour arriver à guérir ces lésions, il faut intervenir avec la plus grande énergie par les pommades mercurielles et cadiques fortes ou par les pommades résorcinées phéniquées fortes, et en cas d'insuccès par les emplâtres mercuriels, cadiques, ou pyrogalliques salicylés, appliqués sur le cuir chevelu préalablement épilé ou rasé.

CHAPITRE II

LICHÉNIFICATIONS CIRCONSCRITES DU CUIR CHEVELU CHEZ DES SUJETS ATTEINTS D'ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE SEC

Quand on veut interpréter les faits dont nous venons de parler, il est tout naturel de les considérer comme des eczémas spéciaux très prurigineux qui, grâce aux grattages, se compliquent de lichénifications. Mais il existe d'autres cas dans lesquels la lésion première est tellement minime et les lésions secondaires de lichénification tellement importantes qu'il est permis de se demander s'il ne s'agit vraiment pas alors de véritables névrodermites venant compliquer la lésion première ou, pour mieux dire, s'y surajoutant et la masquant entièrement. Le cas suivant que nous venons d'observer à notre polyclinique de la Rochefoucauld va faire comprendre toute notre pensée.

Obs. V. — Le malade est un comptable, âgé de 29 ans, dont le père, mort à 45 ans, était épileptique; dont la mère, morte à 42 ans de tuberculose pulmonaire, était très impressionnable, très nerveuse, et d'un caractère emporté. Quant à lui, il est d'une bonne santé habituelle, mais il est d'une très grande nervosité, s'inquiète de tout, et a parfois des pertes séminales.

Les premières manifestations morbides cutanées se sont montrées chez lui vers l'âge de 19 ans, au pourtour de l'anus; il y éprouvait de fortes démangeaisons, puis la peau s'irrita sous l'influence des grattages.

Plus tard il eut des pellicules au cuir chevelu, les démangeaisons s'y développèrent et peu à peu survinrent les lésions actuelles. On y voit une dizaine de plaques disséminées, circonscrites, arrondies ou ovalaires; il y en a surtout quatre qui sont grandes et bien marquées; la plus considérable siège vers la nuque: elle est ovale, a trois centimètres dans son grand diamètre transversal, deux centimètres de diamètre vertical. Deux autres plus petites au niveau de la région pariétale gauche ont les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Il en existe une quatrième à la limite des cheveux derrière l'oreille droite. Ça et là disséminées dans le cuir chevelu on en trouve 5 à 6 autres toutes petites.

La plaque de la nuque a des limites assez précises; les téguments sont infiltrés à son niveau, nettement épaissis, et font une saillie appréciable au-dessus du niveau des parties voisines. Leur coloration, assez difficile à percevoir, paraît être d'un rose brunâtre un peu pigmenté. Ils sont recouverts de squames assez fines, grisâtres, adhérentes; en les détachant avec la curette, on met à nu un derme d'un rouge assez vif un peu inégal qui n'est pas lisse et luisant comme dans le psoriasis. La plaque est d'une sécheresse absolue et fort prurigineuse: on trouve quelques traces de grattage à sa surface. Les cheveux à son niveau traversent perpendiculairement les squames.

Le cuir chevelu présente de la séborrhée sèche (pityriasis du cuir chevelu, eczéma séborrhéique pityriasiforme).

Au niveau de l'aîne gauche se voit une grande plaque éruptive ovale, allongée dans le sens du pli inguino-scrotal: ses dimensions sont de 10 centimètres sur 8. Les lésions sont surtout marquées à la partie inférieure de la plaque vers la cuisse: elles le sont beaucoup moins vers le scrotum. Tout autour de la plaque les téguments sont d'un jaune brunâtre, et cette pigmentation va en diminuant progressivement à mesure que l'on s'éloigne du pli de l'aîne; sur cette zone périphérique qui a deux centimètres environ de large, la peau est à peine épaissie: elle est sillonnée de quadrillages à peine perceptibles, et criblée de petits éléments pseudo-papuleux aplatis et brillants. Tout le centre de la plaque est d'un rouge bistre; les téguments y sont épaissis, indurés, en somme lichénifiés; mais il n'y a que fort peu de desquamation, et la surface est légèrement mamelonnée, presque lisse, grâce aux abondantes transpirations dont la région est le siège. Le prurit est des plus intenses au niveau de cette plaque.

Ce malade présente donc d'une part une plaque inguinale qui offre tous les symptômes caractéristiques d'une plaque de lichen simplex chronique (névrodermite chronique circonscrite), d'autre part des lésions multiples et disséminées du cuir chevelu dans lesquelles on retrouve des lichénifications et que l'on a par conséquent de la tendance à ranger dans le même groupe morbide que la plaque inguinale. Et cependant leur multiplicité, leur petitesse nous gênent un peu pour admettre cette interprétation, et nous nous demandons si elles ne se sont pas développées secondairement, à l'occasion de l'eczéma séborrhéique sec qui existe sur presque tout le cuir chevelu du malade.

Dès lors on est conduit à rechercher s'il s'agit au cuir chevelu d'un eczéma séborrhéique sec qui s'est lichénifié parce qu'il s'est développé chez un névropathe et qu'il a provoqué un prurit intense chez un sujet prédisposé à la lichénification, ou bien s'il s'agit de véritables névrodermites surajoutées à l'eczéma séborrhéique, cette dernière dermatose ayant créé par sa présence au cuir chevelu des loci minoris resistentiae multiples qui ont été autant de points d'appel.

Cette dernière hypothèse, qui au premier abord paraît bien com-

pliquée, est rendue au contraire des plus plausibles par l'existence de la plaque inguinale qui est un type de névrodermite chronique circonscrite pure sans eczéma concomitant ou développé dans le voisinage, ce qui empêche de songer à de simples éruptions d'eczéma séborrhéique de l'aine et du cuir chevelu compliquées de lichénifications. Il semble donc que dans le cas actuel il y ait au cuir chevelu une intrication, un mélange intime de la névrodermite et de l'eczéma séborrhéique sec.

Quelle que soit l'interprétation qu'on leur donne, il n'est pas rare d'observer des faits dans lesquels l'eczéma séborrhéique sec vulgaire du cuir chevelu se complique de lichénifications et de plaques infiltrées prurigineuses : ces lésions siègent surtout vers la nuque et vers la limite des cheveux à la région rétro-auriculaire.

Obs. VI. — Tout récemment encore nous venons de soigner, en ville, une jeune femme extrêmement impressionnable, moralement ébranlée par la perte de sa fortune, et qui avait depuis longtemps de l'eczéma séborrhéique sec du cuir chevelu, pour lequel nous lui avons donné nos soins. Pendant un assez long séjour à l'étranger, au milieu des soucis de toute nature, elle vit les démangeaisons du cuir chevelu augmenter et prendre, surtout vers la nuque, une intensité toute spéciale. Les médecins étrangers se bornèrent à prescrire la médication ordinaire de la séborrhée : elle resta absolument inefficace.

A son retour à Paris, nous avons constaté chez elle, à la nuque, une plaque de lichénification des plus nettes, de la grandeur moyenne d'une pièce de 5 francs en argent, caractérisée par une rougeur pâle un peu bistre des téguments, par leur infiltration, par des squames grisâtres adhérentes assez épaissies. Un traitement général approprié à l'excitabilité nerveuse du sujet, et localement des pommades à l'oxyde jaune associé à l'huile de cade, alternant avec des pommades salicylées phéniquées fortes, nous permirent de guérir la malade en quelques semaines.

Ces faits, nous le répétons intentionnellement, sont relativement fréquents : ce sont des lichénifications du cuir chevelu presque toujours développées chez des arthritiques nerveux séborrhéiques.

Chez les uns, elles coïncident avec de l'eczéma séborrhéique psoriasiforme, chez d'autres avec de la simple séborrhée sèche ; chez quelques sujets elles s'accompagnent de la formation en un point quelconque du corps de plaques typiques de lichen simplex chronique. Il est donc permis de formuler à leur sujet les hypothèses que nous avons esquissées plus haut.

CHAPITRE III

DU RÔLE DES LICHÉNIFICATIONS DIFFUSES DANS CERTAINES DERMATOSES

Les modifications d'aspect que les lichénifications diffuses font

subir à nombre de dermatoses prurigineuses sont connues de tous. Elles sont tout particulièrement intéressantes dans le lichen ruber planus, à cause de la ressemblance des lésions des lichénifications avortées diffuses avec les petits éléments minuscules de début du lichen ruber (voir plus haut).

Dans les lichens ruber planus à marche aiguë qui s'accompagnent de vives démangeaisons, il se développe très rapidement, à côté des papules d'un rouge jaunâtre, aplaties, brillantes, à contours nettement arrêtés, souvent polygonaux, caractéristiques de cette dermatose, de forts nombreux petits éléments, de la grosseur d'une tête d'aiguille ou d'une très fine tête d'épingle, d'un rouge bistre tout à fait pâle, et même pour ainsi dire incolores, ne faisant pas de saillie sur les téguments voisins, brillant eux aussi aux incidences de lumière, mais n'étant pas tendus, turgescents en quelque sorte comme le sont les vraies papules de début du lichen ruber. Comment faut-il les interpréter ? Sont-ce, comme on l'a cru jusqu'ici, comme nous en avons été nous-même longtemps convaincu, des éléments de lichen ruber planus au début ? Nous ne le pensons plus à l'heure actuelle, car ce sont là les lésions que nous sommes maintenant habitués à regarder comme caractéristiques des lichénifications commençantes ou des lichénifications avortées diffuses. Nous en avons déjà plus haut minutieusement indiqué les caractères différentiels d'avec les éléments typiques du lichen ruber planus.

Il est donc parfois possible chez le même sujet, sur la même région, de distinguer les deux éruptions qui coexistent et s'intriquent ensemble. Mais peu à peu, à mesure que la dermatose évolue, à mesure que les traumatismes augmentent de fréquence et d'intensité les deux éruptions se développent elles aussi et finissent par si bien se confondre qu'on ne peut plus distinguer nettement les éléments typiques de lichen ruber planus, lesquels sont en quelque sorte noyés et confondus dans les infiltrations et les épaisissements tégumentaires dus en partie à l'évolution pure et simple du lichen lui-même, en partie à la lichénification.

Nous avons vu dans certains cas le lichen ruber planus se compliquer de poussées d'urticaire généralisée ou presque généralisée avec prurit intolérable et la lichénification se développer en même temps avec la plus grande rapidité. Les téguments prennent alors une teinte d'un rouge vif presque uniforme, ils s'épaississent, s'œdématisent en quelque sorte, se sillonnent de quadrillages et l'on ne peut plus percevoir les éléments initiaux typiques du lichen ruber. L'aspect du malade est celui d'une érythrodermie généralisée, et l'on pourrait croire, si l'on n'avait pas la clef de ces phénomènes, que le malade est menacé d'un pityriasis rubra ou d'un mycosis fongoïde. Puis, à mesure que le prurit se calme, que l'urticaire cesse, la peau perd sa tur-

gescence ; elle s'amincit ; les lichénifications diminuent et l'éruption première reparait avec ses caractères typiques : elle est presque toujours alors en voie de régression.

Le lichen ruber planus peut donc suivant la forme de son évolution se compliquer de lichénifications circonscrites (lichen torpide, lichen ruber corné) ou de lichénifications diffuses. Ne pourrait-on pas ici encore se demander si ces lichénifications constituent un simple épiphénomène, conséquence des grattages, ou si elles ne sont pas le symptôme d'une véritable névrodermite diffuse se surajoutant au lichen ruber planus et s'intriquant avec lui.

Nous ne serions pas pour notre part très éloigné d'admettre cette opinion, quelque étrange qu'elle puisse paraître au premier abord. Nous avons déjà fait connaître l'histoire des plus instructives d'une femme atteinte de lichen ruber planus fort prurigineux des plus étendus chez laquelle un traitement approprié fit disparaître le lichen ruber planus. Six mois plus tard, elle avait un prurit tout aussi intolérable, mais pas un seul élément de lichen ruber : elle ne présentait plus comme uniques lésions cutanées que des lichénifications diffuses. Ne serait-il pas logique d'admettre que cette malade a toujours été atteinte de sa névrodermite diffuse tenant à son état névropathique accentué, et que sa névrodermite s'est compliquée à un certain moment d'une éruption de lichen ruber planus ?

Et en réalité toutes ces distinctions si subtiles ont-elles une bien grande importance ? Il vaut mieux laisser pour le moment de côté toutes ces spéculations beaucoup trop obscures, probablement insolubles. Qu'il nous suffise de savoir que dans un grand nombre d'éruptions prurigineuses il faut s'attendre à voir survenir la lichénification, et qu'on doit en tenir compte pour apprécier la véritable nature de la maladie et le degré d'ébranlement subi par le système nerveux du sujet.

INFECTION SYPHILITIQUE S'ACCOMPAGNANT DE PLEURÉSIE, DE PHLÉBITE ET D'ICTÈRE

Par le Dr G. Richard d'Aulnay.

L'évolution de l'infection syphilitique, qui paraît si simple dans la plus grande majorité des cas de syphilis parmi la clientèle privée, se modifie pourtant de temps en temps, en atteignant simultanément ou successivement chez un même sujet divers organes au moyen de réactions infectieuses, et sans que ces organes aient offert antérieurement prise à une infection quelconque. La réunion de plusieurs complications peu fréquentes de la syphilis que l'on trouvera dans l'observation que nous nous permettons de reproduire ici avec quelques considérations au sujet de ces complications en est, à notre avis, une preuve, en même temps qu'une démonstration très nette de la définition de la syphilis comme maladie générale infectieuse.

M. H..., jeune Danois, âgé de 25 ans, employé dans une banque à Paris, sans antécédent, outre qu'une uréthrite gonococcique datant de cinq ans et persistant encore à l'état d'urethrorrhée matinale, entre en relation le 11 octobre 1893 avec une habituée d'un établissement chorégraphique renommé.

Le 7 novembre suivant, H... voit apparaître au niveau et sur le côté droit de la racine de la verge un petit bouton de la grosseur d'une lentille qui s'ulcère et qui s'agrandit chaque jour. A peu près en même temps, se dessine dans l'aîne droite une pléiade indolore de ganglions lymphatiques.

Le 12, ennuyé de cet accroissement continu et effrayé par les hypothèses pessimistes d'un ami, H... vient nous trouver pour que nous l'examinions et aussi un peu pour que nous le rassurons.

H... est petit de taille et frêle de corps, individu à peau blanche à transparence veineuse, à cheveux blonds cendrés, constitution peu robuste, tempérament nerveux et irascible, complexion légèrement hémophilique dans le jeune âge, pas de tuberculose.

A l'examen, la nature du bouton est des plus nettes, c'est un chancre de la racine de la verge, siégeant à droite, de la largeur d'une petite pièce de 20 centimes, à rebords épais, à teinte jambonnée et à induration marquée avec ganglions inguinaux supérieurs pris et fort volumineux.

Diagnostic flagrant, syphilis. Traitement antisypilitique local.

Le 23, la sclérose ulcérée se répare et diminue.

Le 29, la disparition de la sclérose est presque totale.

3 décembre, on ne constate plus ni induration ni rougeur ; au lieu et

place du chancre la peau présente une cicatrice pigmentée. Jusqu'à présent état de santé excellent, bon appétit, sommeil réparateur, travail facile.

Le 6, douleurs de tête, croissantes, violentes durant huit jours, exacerbations nocturnes. Tous les antinévralgiques connus de H... et de son pharmacien y passent.

Le 25, le lendemain d'un souper copieux, apparition au moment du tub d'une roséole légère au niveau des hypochondres et des flancs : roséole qu'il attribue aux huîtres et au homard qu'il a mangés au souper.

Le 27, la roséole s'accroît, envahit les membres et devient des plus confluentes. Sur la figure, taches rosées à la racine des cheveux et au-dessus du nez. Sur le cou, de grands placards érythémateux.

Quatre jours après, douleur dans le côté gauche au niveau de la septième côte, gêne de la respiration, anhélation rapide à la marche, pas de fièvre, pas de frisson, bon sommeil. Croyant à une névralgie, H... prend trois paquets de 1 gr. d'antipyrine.

Le 2 janvier 1894, à l'inspection, la roséole a redoublé d'intensité sur le corps ; à la percussion, matité de la moitié inférieure du poumon gauche, skodisme ; à l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire, égophonie, pectoriloquie aphone, pleurésie, augmentation des pulsations cardiaques.

Ponction de Pravaz. Liquide clair, limpide, de teinte jaune rosé donnant fibrine au repos.

Le 7, devant la gêne respiratoire et l'excitation nerveuse de H..., ponction de 600 gr. environ de liquide. Recherche négative du bacille de Koch. D'ailleurs on ne trouve rien de particulier au sommet des poumons ni à l'auscultation ni à la percussion. Dans l'intervalle du 7 au 11, H... remarque que ses urines sont plus rouges, que ses yeux sont légèrement jaunâtres et que son corps a pris une teinte olive, selles régulières.

Le 11, ictère prononcé sur le tronc, urine foncée, sclérotique d'un beau jaune, la roséole persiste. Dégoût des aliments, bouche amère. État nauséux. Aucune douleur à la pression au niveau de la vésicule biliaire. Le foie ne paraît pas gros, la rate seule est hypertrophiée.

Le 15, plaques muqueuses de la lèvre inférieure malgré le traitement mercuriel.

Le 20. L'ictère est en voie de disparition, et la pleurésie sèche sans douleur et sans gêne. H... se plaint de sa jambe gauche surtout au niveau du creux poplité. Jambe quelque peu enflée.

Le 23, jambe et pied très enflés et très douloureux. Exaspération de la douleur dans le creux poplité surtout à la pression et à la flexion. On sent de l'empatement général sans pouvoir distinguer des nodosités. Phlébite. Repos au lit et enveloppement ouaté compressif.

Le 25 et le 30, disparition de la douleur, diminution de l'œdème.

4 février, après quatorze jours, la phlébite est complètement terminée. L'auscultation ne permet plus de constater la pleurésie sèche. Le traitement mercuriel est continué.

La série des complications n'est pas terminée.

13 mars, douleurs articulaires généralisées au moindre mouvement, sans fièvre, douleurs empêchant le malade de dormir, et amènent une

céphalalgie intense. Les médicaments antirhumatismaux et hypnotiques n'ont aucune action, seul le traitement mercuriel et l'iodure de sodium ont raison de ces douleurs au bout d'une huitaine de jours.

Durant cette période H... est pris de démangeaisons, se gratte continuellement et voit apparaître en relief sur la peau, au niveau où le grattage porte, des trainées blanchâtres d'urticaire. (Il n'y a pas d'iodisme.)

Le 27, nous constatons qu'il existe des phénomènes fort saillants de dermoneuropathie, des plus visibles surtout sur les flancs et le dos au moindre attouchement du doigt ou d'un corps quelconque.

Le 2 avril, après un traitement au valérianate de zinc, au mercure, et après la suppression de l'iodure de potassium, ces phénomènes s'étant graduellement atténués, disparaissent dans les jours suivants. Quelques syphilides locales existent.

Le traitement hydrargyrique est repris ponctuellement et dès lors sera suivi durant les vingt premiers jours de chaque mois.

En juin, plus de syphilides, anémie avec dépression neurasthénique, énervement continu qu'exagère la chaleur. Bains froids et douches froides en jet.

En octobre, syphilides génitales et buccales. Traitement hydrargyrique repris.

20 mars 1865. Syphilides buccales ; reprise du traitement abandonné en novembre.

30 septembre. Bon état. H... promet de continuer le traitement hydrargyrique, un mois par trimestre durant les trois premières années et de venir se montrer ou d'écrire en janvier et en juillet de chaque année.

Malgré ses promesses H... a totalement oublié de se présenter à nous en janvier 1896 ou de nous donner de ses nouvelles.

Maintenant, voyons si l'on peut se demander s'il y a eu dans ce cas infections des différents organes du fait de la syphilis ou simplement coïncidence de symptômes d'affections diverses produites par des nosococcies d'ordre différent. Pour la clarté du sujet, nous passerons en ordre les diverses complications auxquelles nous avons assisté au cours de cette évolution bizarre.

D'abord la *pleurésie*. Eh bien est-elle sous la dépendance directe de la syphilis ? Cela est des plus probable, car elle s'est produite au moment où la syphilis s'est montrée à l'état de maladie infectieuse généralisée en pleine période roséolique. Il se peut en effet qu'il y ait eu sur les plèvres du côté gauche une action hyperhémiante, se traduisant par des plaques comme cela a lieu sur la peau sous forme de syphilides exanthématiques et souvent aussi sur les séreuses des articulations et les bourses séreuses, comme celles du genou et des orteils, hyperhémie ayant permis aux plèvres de transsuder ou de créer une lymphangite pleurale ou une périostite costale avec une inflammation pleurale. Cette poussée congestive de quelque mode qu'elle provienne nous paraît devoir son origine à l'activité de l'infection syphilitique.

D'ailleurs nombre de cas de syphilis ont vu survenir à l'époque de l'apparition de la roséole de petites pleurésies à épanchements ou des pleurésies partielles ou sèches. Mendel, Merklen, Rochon, Chantennesse, Vidal, Dieulafoy, Ferrand, Neumann en ont signalé plusieurs exemples. Pour notre compte, nous avons pu en constater deux cas à Saint-Lazare, dont un à épanchement très net, résorbé pour ainsi dire sans traitement autre que le traitement mercuriel. Pour être complet, nous ajouterons que dans le présent il n'existait aucune lésion pulmonaire, qu'il ne s'était produit aucun accident antérieur dans les cavités pleurales et enfin que l'épanchement s'est totalement résorbé sans laisser aucune trace, qu'à aucun moment de la pleurésie il n'existait aucun point de côté ni de fièvre.

Passons à l'ictère. — Quel peut en être la cause ? Cet ictère est-il dû à la tuméfaction des ganglions lymphatiques et à la compression que ceux-ci exercent sur le canal cholédoque, ou à l'exanthème des parois vasculaires, ou à la prolifération endothéliale des canalicules biliaires, ou bien encore à une hépatite généralisée due à l'infection syphilitique ou peut-être à un des nombreux microbes qui habitent normalement l'intestin et dont le pouvoir pathogène apparaît toutes les fois que la résistance de l'organisme est diminuée. A cela, rien d'impossible. Mais jusqu'à présent l'assurance du mode de production manque totalement. Ce que l'on peut assurer, c'est que maintes fois, au moment de la roséole, le foie est légèrement hypertrophié (1) et sensible à la pression, qu'on a constaté sur la table nécropsique des cas d'atrophie jaune du foie rapportés dûment à la syphilis et que dans tous les cas attribués à la syphilis, les cliniciens n'ont constaté ni troubles gastriques, ni troubles intestinaux. Neumann entre autres a rencontré dans ces trois dernières années, à lui seul, 14 cas d'ictère au cours de la syphilis secondaire, dont 4 chez des hommes et 10 chez des femmes. A Saint-Lazare, il y a 4 ans, nous en avons trouvé un cas chez une juive. Quant à ceux qui pourraient objecter que dans le cas actuel l'ictère syphilitique qui pourrait rentrer dans le cadre des ictères émotifs, des ictères nerveux, nous leur répondrons que ce n'est pas probable : H... tout en étant de tempérament nerveux, ne s'est pas impressionné de son état, prévenu qu'il était des accidents roséoliques et que, de plus, rien n'est survenu à ce moment dans sa vie pour provoquer cette jaunisse.

La *phlébite* maintenant. A quoi l'attribuer ? A l'infection, mais laquelle ? est-ce à l'infection syphilitique agissant directement sur la veine par un exanthème des parois vasculaires ou aux éléments biliaires que véhiculent le sang ?

La première hypothèse nous paraît la meilleure. Contre la coïnci-

(1) Comme d'ailleurs la plupart des organes glandulaires.

dence de la syphilis et de la phlébite, nous rappelons qu'on en a signalé quelques cas tels que ceux de Talamon, de Neumann au cours de la syphilis secondaire.

Quant à l'arthrite ou mieux *pseudo-rhumatisme*, on peut aussi lui accorder ici une origine syphilitique, car les cas d'arthrite, d'ostéopériostite, de synovite ne sont pas très rares au cours de la syphilis secondaire.

Pour la *dermoneuropathie*, la syphilis étant un poison du système nerveux (Fournier), l'apparition en est due, en dehors d'une idiosyncrasie, si l'on veut à une infection retentissant sur les terminaisons nerveuses de la peau.

Bref, voilà un cas de syphilis dont les complications successives paraissent provenir de la syphilis seule, infection syphilitique, pleurésie; ictère, phlébite, rhumatisme, dermoneuropathie. Tous accidents pris en particulier déjà, curieux, mais qui réunis sur un même sujet en font une observation peu commune et pour ainsi dire une curiosité en raison de la rareté d'une pareille succession de symptômes infectieux dus à une même cause.

Dès lors, nous avons pensé que la publication de cette relation d'infection syphilitique se représentant à distance et successivement sur divers organes de l'économie, pourrait intéresser et prendre rang parmi les cas anormaux que l'on peut rencontrer en syphiligraphie.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE (1)

Séance du 20 septembre 1895.

Syphilis congénitale de la rate et du foie.

M. EHLMANN. — Ce cas concerne une malade de 24 ans ; depuis trois ans il est atteint d'ictère et a dans l'abdomen une tumeur qui part de la rate ; légère hypertrophie du foie. S'agit-il ici d'une tumeur splénique chronique, consécutive à la malaria ou de syphilis ? Contre la première opinion il y a la tuméfaction inégale de la rate. Ce qui au contraire est en faveur de la syphilis, c'est la présence depuis deux mois de deux tumeurs ganglionnaires inguinales qui sont survenues sans ulcération des organes génitaux. Selon l'orateur, ce seraient des gommès ganglionnaires. Le père a eu la syphilis il y a trente ans, et la mère a été également contaminée.

M. NEUMANN. — Les altérations de la rate dans la syphilis sont en premier lieu des tuméfactions qui surviennent dans la période aiguë pendant l'éruption de l'exanthème, mais il est toujours très difficile de savoir si la syphilis est la cause de l'hypertrophie de la rate. Dans les périodes tardives apparaissent d'ordinaire des gommès disséminées de grosseur variable, de temps en temps se manifestent des symptômes d'endartérite lienalis : oblitération de l'artère avec gangrène consécutive de la rate. Cette tuméfaction dure ne serait possible que si le foie était malade. Alors ce ne sont pas des lésions gommeuses, mais de l'amyloïdose, la grosseur de l'organe et la dureté du bord correspondent à cet état. On ne sait pas non plus si la syphilis héréditaire peut ne se manifester que dans la rate ou le foie. Ce serait là un fait nouveau. On trouve des lésions dans le pharynx, la cavité buccale, les os, ou une kératite interstitielle. Comme il n'existe rien de semblable dans ce cas, on ne saurait exactement le regarder comme de la syphilis et surtout de la syphilis héréditaire tardive.

M. KAPOSI partage l'opinion de Neumann.

M. EHLMANN dit que ce malade a été pendant longtemps traité sans succès par la quinine et l'arsenic. Depuis deux semaines qu'il prend de l'iodure de potassium les ganglions ont diminué ainsi que l'ictère et le foie ; pas de modifications du côté de la rate. L'orateur fait encore remarquer que la mère a eu deux avortements.

Eczéma du tronc chez un enfant.

M. SCHIFF. — Au début, les infiltrats survenaient surtout sous forme d'ilôts, actuellement il existe un infiltrat diffus sur tout l'abdomen. Les efflorescences apparurent sur les deux joues, ce qui est intéressant,

(1) *Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*, 1896, t. XXXIV, p. 143.

puisque elles ne partent d'ordinaire que du cuir chevelu. C'est un des cas, d'origine mycosique, qu'on ne saurait ranger dans aucun des types morbides connus ; on ne peut les désigner ni comme herpès tonsurant, ni comme eczéma marginé.

M. KAPOSI regarde ce cas comme de l'eczéma et propose la dénomination d'eczéma areatum ou en plaques, puisque les efflorescences chez les chlorotiques, les individus faibles, etc., ont toujours l'aspect de ces plaques.

Dermatite papillaire du cuir chevelu.

M. v. HEBRA. — La maladie remonte à un an. Il y a quelque temps, efflorescences aiguës présentant la dureté caractéristique. Dans la région de la nuque, sur la ligne médiane, saillie kéloldiforme, avec pinceau de poils, entourée de nombreuses efflorescences plus récentes. A la périphérie surgissent toujours de nouvelles efflorescences qui prennent une dureté scléreuse et augmentent le foyer central. Des cultures seront faites pour savoir si la maladie n'est pas provoquée par des micro-organismes.

M. KAPOSI rappelle le malade atteint de dermatite papillaire du cuir chevelu qu'il a déjà présenté et chez lequel on a excisé les parties malades. On n'a rien trouvé dans les cultures. Dans un autre cas, Spiegler a rencontré, outre des staphylocoques, une variété de bacilles qui n'a pas encore été étudiée.

Psorospermosse de la peau.

M. NEUMANN. — Jeune fille de 17 ans chez laquelle les sillons et lignes sont très enfoncés et très distants les uns des autres, sur la peau du cou et de la nuque, des cavités axillaires, du sternum et à la face interne des cuisses. La peau dans ces régions est divisée en quadrillage polygonal, et, sur les parties les plus atteintes, on voit de véritables proliférations et boursofflures ; dans le creux des aisselles il y a des bourrelets et des replis volumineux.

Les organes génitaux sont recouverts de productions miliaires semblables à des condylomes acuminés, tandis que sur les parois latérales du thorax il existe des amas cornés, brun pâle. Il s'agirait peut-être ici de la maladie de Darier, psorospermosse de la peau, bien que jusqu'à présent l'examen microscopique n'ait pas fait reconnaître les coupes en question.

M. KAPOSI cite le cas qu'il a vu à Paris en 1889. Il s'agissait d'une maladie qui avait envahi presque toute la surface cutanée, avec papules rouge pâle, de la grosseur d'un grain de mil, inégales, recouvertes de croûtelles, qui, après leur enlèvement, étaient graisseuses au toucher et laissaient après elles de petites dépressions. Darier a désigné comme une espèce de coccidies les corps qui se trouvent à l'intérieur des couches profondes du réseau et dans les orifices des follicules pileux. On a ensuite rencontré ces corps dans la maladie de Paget et on en a conclu que les deux affections étaient identiques. Relativement à la question de savoir si ces corps sont des coccidies, Bowen et d'autres auteurs se sont toujours élevés contre cette interprétation ; ces corps sont vraisemblablement des formes de dégénérescence des cellules du réseau irrégulièrement et con-

sidérablement proliférées. Il y a encore une troisième maladie très semblable aux deux précédentes, la kératose folliculaire; c'est une hyperplasie qui se développe à un âge avancé dans des conditions inconnues et dont les caractères cliniques varient suivant la localisation. Dans les plis articulaires, où il y a une sécrétion abondante, les cellules du réseau se développent fortement dans la profondeur, d'où résulte un aspect verruquo-mamelonné, dans lequel les cellules épidermiques qui sont encore en connexion avec des épines, avec les couches situées plus profondément et kératinisées de bonne heure, prennent peu à peu une coloration plus foncée. Dans d'autres régions, sur le tronc, il survient de simples hyperkératoses avec kératinisation très précoce. Janowsky et Pollitzer ont décrit deux cas analogues sous le nom d'acanthosis nigricans. Dans un de ces cas, chez un verrier, on attribua la maladie à la chaleur. Kaposi est partisan de la dénomination de kératose folliculaire, puisque l'hyperplasie atteint non seulement la couche des cellules épineuses, mais aussi le corps papillaire et le réseau, et il regarde ces épaissements comme l'indice d'une sénilité prématurée, mais il croit aussi que d'autres influences, par exemple la sueur, peuvent les provoquer. La maladie survient-elle avant, pendant ou après la naissance? Ce point paraît d'ailleurs d'intérêt.

M. v. HEBRA a déjà remarqué il y a longtemps qu'à certaines périodes de la vie des processus anormaux peuvent se produire. Ce sont spécialement des jeunes filles qui à l'époque de la puberté paraissent avoir le cou sale. L'épiderme n'est plus aussi lisse qu'il l'était auparavant et qu'il le redeviendra plus tard, il prend une teinte grise. Dans d'autres cas on trouve dans la région de la nuque de petites élevures qui consistent en nombreux lambeaux de glandes sébacées et procèdent d'un développement extra-folliculaire exagéré. Il croit qu'à certaines époques de la vie les épithéliums subissent une véritable révolution et se développent ensuite d'une manière normale ou anormale. Chez les hommes, l'apparition de la barbe coïncide souvent avec l'apparition d'une acné. On a dans ces cas affaire au développement d'une maladie dans laquelle il n'est nullement nécessaire de faire intervenir l'influence de micro-organismes.

M. EHSMANN examine la parenté de l'acanthosis nigricans avec les nerfs et dit qu'on n'est pas autorisé à désigner ainsi les naevi nerveux et les verrucosités nerveuses. On sait que le tronc et vraisemblablement aussi la tête se forment de ce qu'on appelle des métamères qui partent de cette partie du bourgeon moyen qui plus tard entoure la moelle. Rabl, de Prague, a démontré que c'est de ces segments qu'émane la peau; de celles-ci se détachent les cellules de pigment, qui dans un segment se développent, dans un autre meurent et n'ont absolument rien à faire avec les nerfs, quand bien même elles suivent peut-être quelquefois leur trajet.

M. NEUMANN dit que Puller de Londres a trouvé les psorospermies dans la trichorrhée et qu'elles auraient perdu leur importance dans le molluscum contagiosum où Virchow les a décrites comme caractéristiques. La psorospermose se manifeste sous deux formes: d'abord sous forme de papules et ensuite sous celle de bourrelets hypertrophiques et de sillons profondément séparés les uns des autres, comme dans le cas actuel.

M. KAPOSI insiste encore sur ce point que les *nævi* nerveux ne sont nullement d'origine tropho-nerveuse, comme on est disposé à l'admettre en raison de leur expansion semblable à ce qu'on observe dans l'herpès zoster, mais que leur direction résulte de la courbe que les membres de l'embryon effectuent en dedans et en avant et qui a été démontrée par Voigt; vaisseaux, nerfs, papilles ont ici la même direction; quand par suite d'une irritation il se développe des *nævi* qui sont l'expression de l'hypertrophie d'un organe préformé, à savoir du corps papillaire partant du pigment et que ces *nævi* suivent le trajet d'un nerf, cela n'est nullement étonnant mais tient uniquement au développement. La cause de leur apparition est variable, parfois une abondante sudation. L'orateur a vu quelques cas où un *molluscum verruqueux* est survenu brusquement après un bain de vapeur.

M. NEUMANN. — Le *nævus* n'est pas toujours une maladie locale. Dans le *nævus pilosus* le pigment est non seulement dans la peau, mais aussi dans le sang. Dans des accès épileptiques on voit souvent survenir un *nævus* unilatéral. Dans l'ichtyose qui a une marche analogue, ainsi que dans l'herpès zoster, il n'est pas facile de nier l'influence nerveuse. Quant à l'apparition subite de ces productions, l'orateur se souvient d'une femme enceinte de huit mois, qui avait des vomissements continuels, et pendant un de ces accès il lui survint sur la face un *molluscum sébacé*.

M. NEUMANN présente ensuite un cas de **lupus vulgaire de la muqueuse buccale**.

M. KAPOSI, une femme atteinte de ***molluscum pendulum*** sur la grande lèvre gauche.

M. RILLE cite un cas analogue où les tumeurs dépassaient le volume d'une datte.

Sclérodermie.

M. KAPOSI. — On a dit que relativement à la marche de la maladie dans le district d'expansion des nerfs périphériques, par ex. des rameaux du trijumeau, on pouvait regarder la sclérodermie comme un trouble trophique. L'orateur a essayé d'expliquer autrement la concordance de la sclérodermie avec la distribution anatomique des nerfs. Il croit qu'il faut signaler son rapport avec les vaisseaux dont la concordance avec le trajet des nerfs a été démontrée par Pfeiffer, d'Iéna. Chez la malade actuelle on voit sur les membres inférieurs une très belle sclérodermie en plaques disposées en traînées et survenues après un avortement. Les plaques isolées présentent aussi le caractère de la progression, à savoir une aréole rouge à la périphérie, indice d'une maladie des vaisseaux.

Sarcomatose de la peau.

M. KAPOSI. — Chez la malade atteinte de pemphigus qui a été présentée récemment il est survenu, dans la région de la nuque, une nodosité de la grosseur d'une noisette; cette tumeur est l'effet d'une prolifération du réseau et d'un exsudat résultant d'une bulle. On voit encore des croûtes

sous forme de disques et de bulles tout à fait récentes. Il s'agit certainement d'un pemphigus mais qui tend à se transformer en sarcomatose.

A. DOYON.

Séance du 4 décembre 1895 (1).

Présidence de M. KAPOSI

Pemphigus.

M. MRACEK. — Il s'agit d'une femme âgée de 56 ans qui a présenté il y a quatre ans les premiers symptômes de sa maladie; ils disparurent sous l'influence du traitement. Elle est entrée dans le service de l'auteur au commencement de 1894, et y est restée jusqu'au mois d'août; elle avait à cette époque des bulles de pemphigus typiques; un fait bizarre, c'est que cette femme présentait tout autour de l'anus des excroissances papillaires plates, qui s'étendaient vers les grosses lèvres. Quelques semaines plus tard elle revient à l'hôpital, nouvelles poussées de bulles typiques sur les oreilles déjà œdématisées. Pas de proliférations végétantes à ce moment, sauf celles périanales. En août de l'année suivante, il se développa dans le creux des aisselles des proliférations très considérables. Les proliférations et la couronne d'excroissances périanales firent porter le diagnostic de *pemphigus végétant*. L'auteur mentionne en outre des pigmentations occupant des grandes surfaces. La région du cou et de la nuque est rugueuse, envahie par de très petites papules dures, brun sépia; pigmentation analogue sur les fesses, les régions lombaire et inguinale. On a donc affaire dans ce cas à un pemphigus, qui a pris en certaines régions des formes végétantes; peut-être aussi est-on en présence du pemphigus que Kaposi a désigné sous le nom de *Keratosis nigricans*.

M. NEUMANN. — Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce cas, c'est la nature des proliférations, qui d'ordinaire dans le pemphigus végétant ont une structure tout à fait molle, avec sécrétion jaune sale, fétide et ont à la périphérie un bourrelet de bulles. Dans ce cas, les bulles présentent une sécheresse et une dureté spéciales. Bärensprung avait déjà signalé la présence de miliums au voisinage des bulles du pemphigus.

M. KAPOSI rappelle encore qu'on peut voir survenir sur un seul et même individu toutes les variétés possibles de pemphigus; c'est là une preuve de l'identité du processus. Il faut rapporter la pigmentation étendue qui existait dans ce cas et constituait une véritable mélanose, aux hyperhémies consécutives au grattage. La malade avait certainement un *pemphigus prurigineux*, toutefois l'orateur suppose qu'elle a aussi des poux de vêtements, elle l'a dit du reste. Quant aux proliférations papillaires, Kaposi se rappelle un cas de pemphigus vulgaire dans lequel il survint, dans le creux des aisselles, de semblables proliférations qui furent regardées comme des papules syphilitiques. Relativement à la différence indiquée par Neumann entre ces proliférations et celles observées dans le pem-

(1) Archiv. f. Derm. u. Syphilis, 1896, XXXIV, p. 277.

phigus végétant, l'orateur dit qu'il n'y a qu'une différence de degrés entre les deux formes. Quand les vésicules se rompent le réseau de Malpighi commence à proliférer et fournit un détritus sur lequel naissent ensuite les surfaces humides, visqueuses ; ou bien la guérison commence au centre, il se forme un nouvel épiderme et la peau peut redevenir complètement lisse. Si les influences qui déterminent la macération se prolongent, aux creux des aisselles par exemple, les anses vasculaires peuvent se développer et il se produit alors des verrues dures. Il faut donc désigner ces cas sous le nom de *pemphigus prurigineux*. Ces éléments papillaires, mamelonnés, peuvent aussi disparaître complètement, si les vaisseaux se contractent et disparaissent. Quant aux granulations, ce ne semble pas être des miliums, mais des épaissements du tissu conjonctif.

M. NEUMANN fait remarquer que dans le *pemphigus végétant* ce ne sont pas les végétations qui sont le phénomène primaire, mais bien les proliférations des papilles et les anses vasculaires. Au microscope, on voit sur les papilles hypertrophiées et les anses vasculaires une très mince couche d'épiderme. Le *pemphigus végétant*, caractérisé par les bulles en bouillie et la dépression de la peau, a toujours une terminaison fatale.

M. KAPOSI renvoie au cas de *pemphigus vulgaire* qu'il a déjà cité où le malade présentait au bout de dix ans les symptômes d'un *pemphigus végétant*. Il y a aussi des cas dans lesquels il survient de l'amélioration et de la régression sous des formes plus bénignes.

M. KOHN ne croit pas que la prolifération des papilles et les anses vasculaires soient le phénomène primaire.

M. FINGER présente un enfant atteint d'**eczéma artificiel** provoqué par des frictions d'onguent mercuriel.

M. LANG présente quatre cas de **lupus opéré**.

Le même orateur présente aussi son appareil pour éclairer l'intérieur des fosses nasales.

Kératose folliculaire.

M. NEUMANN rappelle le cas qu'il a présenté dans la dernière séance et qui ne correspond pas tout à fait au type de la dermatose décrite par Darier. L'examen microscopique a montré un développement considérable du corps papillaire, des cellules épidermiques imbriquées les unes au-dessus des autres, comme dans l'ichtyose des papilles ramifiées, mais pas de psorospermies.

M. KAPOSI dit que le mérite d'avoir appelé l'attention sur cette maladie revient à Darier, par conséquent on devrait donner le nom de maladie de Darier à cette affection qui cliniquement et anatomiquement est une kératose dans laquelle lui, Kaposi, n'a jamais trouvé de psorospermies.

M. NEUMANN présente successivement :

1° Un malade âgé de 32 ans, atteint de **lichen ruber plan** ;

2° Un homme de 29 ans, avec une **affection syphilitique tertiaire étendue de la région naso-pharyngienne** : destruction de l'épiglotte,

ulcère gommeux de la paroi postérieure du pharynx, etc...; la syphilis remonte à 7 ans; à cette époque la malade fit 35 frictions;

3° Une femme de 38 ans, avec **syphilide polymorphe** presque généralisée. Cette malade est dans le neuvième mois de sa grossesse et il s'agit d'une syphilis post-conceptionnelle. L'état de santé du père est inconnu.

M. KAPOSI présente :

1° Un cas d'**acné folliculaire** ;

2° Un cas de **lupus tumidus** de la joue droite, des deux régions scapulaires et du pli des aisselles ;

3° Un cas de **lupus tumidus du nez** avec une grosse nodosité fluctuante de la main gauche (gommes scrofuleuses), **lupus verruqueux papillaire** du gros orteil gauche et de nombreuses cicatrices, très probablement d'origine lupique.

A. DOYON.

Séance du 8 janvier 1896 (1).

M. FINGER présente un cas d'**herpès tonsurant maculeux** semblable à un érythème papuleux.

Acné téléangiectode.

M. FINGER. — Jeune fille âgée de 18 ans, atteinte depuis six mois, au visage et particulièrement au menton, de petites papules saillantes, brun rouge. Histologiquement chaque papule consiste au centre en cellules géantes et cellules épithélioïdes, autour desquelles sont disposées des cellules mono et polynucléaires, le tout est entouré de tissu fibreux. Quand les papules sont confluentes, il survient de la caséification. Il existe aussi des bacilles tuberculeux en petit nombre. Il est très probable qu'il s'agit ici d'un processus sous la dépendance de la tuberculose. Le nom d'acné téléangiectode n'est pas exact; il n'y a pas de dilatation des vaisseaux et la ressemblance avec l'acné est peu marquée. Il y aurait lieu de ranger, au point de vue histologique, ce processus périfolliculaire dans les tumeurs de granulation. La maladie ne cède qu'à un traitement énergique, avec le Paquelin et la curette.

Acné téléangiectode.

M. KAPOSI présente un cas analogue; sur le visage il s'est développé, d'une manière relativement aiguë, des nodosités rouge brun, ayant jusqu'à la grosseur d'un petit pois, très circonscrites, à structure rénitente et qui, au point de vue histologique, se rapprochent des nodules de l'acné rosacée. Il serait peut-être préférable de désigner cette affection sous le nom d'acné myxomatode. La caséification des foyers n'est pas une raison suffisante pour placer le processus dans la même catégorie que la tuberculose, pas plus que la présence de cellules géantes. L'existence d'un seul bacille tuberculeux n'est pas non plus démonstrative, on le trouve aussi

(1) *Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*, t. XXXIV, 1896, p. 403.

dans le lichen des scrofuleux. L'affection dont il est question ici est relativement insignifiante, elle constitue plutôt une défiguration qu'une maladie.

M. FINGER. — Il s'agit non seulement de la présence de cellules géantes, mais de papules tout à fait caractéristiques dont la structure correspond absolument à celle d'un tubercule miliaire. La caséification ne survient que dans le lupus, la lèpre et la tuberculose. Quant à l'étiologie, l'orateur est très réservé et la maladie lui paraît être très vraisemblablement provoquée par des bacilles tuberculeux.

M. LANG est de l'avis de Finger; toutefois de nouvelles recherches anatomiques sont nécessaires. Relativement aux maladies tuberculeuses de la peau, il y a un certain nombre de formes tout à fait différentes cliniquement que jusqu'à présent on n'a pas fait rentrer dans la tuberculose. Un examen plus attentif de l'état clinique montre certains rapports entre ces maladies et la tuberculose; ainsi on voit par exemple que le lupus survient souvent chez des sujets tuberculeux. Pour le cas actuel il y a encore trop peu d'observations; il serait possible que le bacille tuberculeux joue tout au moins un rôle décisif dans le développement de la maladie.

M. NEUMANN regarde le cas de Finger comme une forme disséminée du lupus vulgaire; l'état microscopique le prouve.

M. SPIEGLER présente un malade atteint de **lupus vulgaire** existant depuis 9 ans. Les foyers morbides ont envahi à droite toute la région du sacrum jusqu'au pli fessier, à gauche jusqu'au milieu de la cuisse.

M. LANG insiste de nouveau sur ce fait que si l'on extirpe les premiers et les plus petits foyers on préserve le malade de lésions lupiques aussi étendues. En un mot, l'extirpation est une méthode plus radicale que toutes les autres.

M. KAPOSI présente un cas de **lupus serpigineux**.

M. ULMANN présente : 1° Un malade âgé de 64 ans, avec un **ulcère dur** de la lèvre supérieure, de la largeur d'une pièce de deux francs. Début il y a six à huit semaines. Ce malade a eu la syphilis il y a 21 ans, il fut traité à la clinique de Kaposi; depuis, aucun accident. On avait pensé à un carcinome. Mais en raison de la marche rapide, de l'absence de ganglions il s'agit vraisemblablement d'une **gomme**.

2° Un homme de 53 ans ayant depuis un an un **lichen ruber verruqueux** du creux du jarret. Depuis huit semaines il existe en outre des symptômes de **pemphigus prurigineux**, excoriations et bulles, les plus volumineuses sur la face dorsale des mains. Elles ne sont pas purulentes, mais se dessèchent et il en survient toujours de nouvelles. Leur apparition est précédée d'un violent prurit. Ce cas est analogue à celui présenté par Leredde il y a un an à la Société de dermatologie de Paris. Dans le liquide des bulles on ne trouvait pas tout d'abord de cellules éosinophiles, mais dans le sang.

L'orateur demande à Kaposi s'il s'agit d'une coïncidence accidentelle ou bien du lichen ruber avec bulles qu'il a décrit.

M. KAPOSI répond que ce sont deux processus séparés qui évoluent l'un à côté de l'autre. Dans les cas de lichen avec bulles on voit aussi survenir du lichen ruber pemphigoïde.

M. NEUMANN présente un malade âgé de 84 ans, avec de nombreuses **verruques séniles**, et un **psoriasis vulgaire**. Dans les points où les verrues existent, le psoriasis est foncé, tandis que sur les avant-bras non pigmentés les foyers psoriasiques sont recouverts de squames blanches, brillantes, *psoriasis nigra*.

M. KAPOSI présente : 1° une fille avec un **lupus érythémateux disséminé** du front, où les symptômes séborrhéiques sont très caractérisés ; 2° un cas d'**érythème noueux**. L'*érythème noueux* et le *purpura rhumatismal* rentrent dans l'*érythème multiforme*. L'identité des deux processus est évidente ici. Cette fille a eu il y a six semaines une fièvre violente, jusqu'à 40° C., exsudation dans les genoux et érythème noueux typique des membres inférieurs. La fièvre a cessé, depuis quatorze jours la malade est convalescente et a une récurrence, mais d'*érythème annulaire* ; un cas de **congélation bulleuse hémorragique** de la main chez un homme qui, pris de boisson, était resté quelques heures dans la neige.

M. NEUMANN présente un homme de 25 ans atteint de **syphilide tuberculeuse et d'ulcérations gommeuses du pharynx**. En outre, l'articulation du genou du côté droit est tuméfiée, douloureuse, surtout au-dessus et vers le milieu de la rotule : *affection de la bourse muqueuse consécutive à la syphilis*. L'infection remonte à environ huit mois.

M. RILLE signale les résultats curatifs obtenus à la clinique de Neumann dans la syphilis avec l'*hémoliodomercurique*.

Syphilide tuberculeuse et endartérite cérébrale syphilitique.

M. NEUMANN. — Malade âgé de 26 ans. Durée de la maladie depuis l'infection, sept mois ; en juin, affection primaire et exanthème : 12 frictions, 3 injections intra-musculaires et 3 bains électriques de sublimé. Fin août, au moment de son entrée à la clinique, syphilide tuberculo-ulcéreuse qui céda à l'emploi du décocté de Zittmann et aux bains de sublimé ; toutefois pendant le traitement nouvelles nodosités et ulcères, cicatrisation après 38 bains de sublimé. Depuis le commencement d'octobre, périostites et sensibilité dans la région temporale : injections d'iodoforme. Disparition des périostites et, depuis le 2 novembre, cures de frictions. Il survint cinq jours après une attaque, le malade ayant déjà depuis plusieurs jours de la céphalée et du malaise. Parésie de la moitié gauche du corps. Réflexes rotuliens très exagérés du même côté, léger trouble de la parole. Au bout de peu de jours les symptômes s'améliorèrent, le mouvement revint dans la jambe gauche ; tandis que dans la région du facial et dans le bras la parésie persista un peu plus longtemps ; les troubles de la parole disparurent tout à fait très rapidement. Il s'agissait par conséquent d'une endartérite dans la sphère de l'artère de la fosse sylvienne de l'hémisphère cérébral droit. Dans ces derniers temps, tubercules cutanés sur le tronc et le cuir chevelu.

Étiologie du chancre mou.

M. v. ZEISSL a examiné 18 ulcères chancreux, 2 chancres excisés et quelques érosions suspectes.

Des cultures pures du bacille de Ducrey sur les terrains ordinaires de culture ne lui ont pas donné de résultat. Dans ces cultures il s'est développé une variété de sarcine, le streptocoque pyogène doré et blanc et un bacille semblable au bacille de la diphthérie, mais qui n'est pathogène ni pour l'homme ni pour les animaux. L'orateur a traité un jeune homme de 19 ans chez lequel il existait dans le sillon coronaire, 11 jours après un coït suspect, une petite érosion; le lendemain, écoulement purulent de l'urèthre. Pas de gonocoques, mais nombreux bâtonnets, comme on en rencontre dans le pus chancreux. Inoculation de ce pus sur l'abdomen : le quatrième jour il survint un chancre typique. Les expériences faites pour obtenir des cultures pures de gonocoques restèrent négatives. Guérison au bout de trois semaines avec des injections d'hypermanganate de potasse.

On trouve le bacille de Ducrey non seulement dans les ulcères vénériens et les chancres d'inoculation, mais aussi dans un certain nombre de bubons chancreux.

M. RILLE. — Le bacille de Ducrey est le facteur de l'ulcère vénérien. Les recherches de l'orateur sur les bubons vénériens confirment cette manière de voir; elles démontrent l'existence du bubon virulent et la présence constante de ce bacille dans ces abcès ganglionnaires qui fournissent du pus, provoquent des ulcères chancreux typiques.

Parmi les 100 cas de bubons qu'il a observés il n'en a trouvé cependant que 8 virulents, et il constata dans ces cas des bacilles spécifiques dans le pus ainsi que dans les fragments de ganglions énucléés. Quoique jusqu'à présent on n'ait pas obtenu de culture pure de ces bacilles, elle existe déjà en quelque sorte dans les expériences de Ducrey, qui l'obtenait par simple surinoculation en générations de pus chancreux dans la peau. Si l'on inocule au porteur où à un autre individu du pus d'ulcère, il se développe une pustule caractéristique qui renferme le bacille de Ducrey mélangé à deux ou trois autres espèces, tandis qu'il existe d'ordinaire déjà en culture pure dans la troisième génération.

M. EHRLMANN n'a trouvé que des streptocoques dans des vaisseaux lymphatiques suppurés, mais en grattant leurs parois un tissu contenant le bacille de Ducrey.

A. DOYON.

Séance du 22 janvier 1896 (1).

M. KAPOSI présente un cas d'**acné téléangiectode**.

M. FINGER insiste sur la résistance de ce processus à tout traitement.

M. KAPOSI. Au point de vue histologique on a affaire ici aux mêmes nodosités qu'il a décrites dans l'**acné necrotisans**.

M. KAPOSI présente un cas de **syphilide papuleuse miliaire** en

(1) *Archiv. f. Dermat. u. Syphilis*, 1896, t. XXXIV, p. 409.

groupes. Sur le tronc ainsi que sur le front et le cuir chevelu, grandes papules lenticulaires entourées d'efflorescences papulo-miliaires.

Cas d'éléphantiasis des Arabes de la jambe.

M. KAPOSI. — Le membre inférieur a la forme d'un fuseau. Cicatrices profondes provenant de carie, qui vont jusqu'aux os; tuméfaction œdémateuse consécutive. L'œdème lymphatique a contribué au développement de l'éléphantiasis. Si dans ces cas il y a un obstacle au cours du sang veineux ou de la lymphe, il survient facilement de la lymphorrhée; en cas de rupture d'un vaisseau lymphatique, la lymphe peut s'écouler goutte à goutte. Dans le cas actuel on voit très au-dessus du tendon d'Achille cet écoulement de lymphe.

M. LANG se rappelle un cas où l'éléphantiasis était survenu en quelque sorte idiopathiquement et où on pouvait provoquer la lymphorrhée d'une manière artificielle. D'ordinaire, dans l'éléphantiasis de la jambe, le pied est aussi atteint; dans le cas dont parle l'orateur le pied était petit et avait sa forme naturelle, l'éléphantiasis ne commençait qu'au-dessus de la malléole, de sorte que le membre inférieur avait l'air d'avoir traversé un tonneau. Si on piquait la tumeur on déterminait de la lymphorrhée; la lymphe s'écoulait alors comme d'une fontaine et on pouvait ainsi diminuer la tumeur. La compression ne produisit rien. Plus tard l'excision d'un très grand lambeau donna un très bon résultat.

Brûlure.

M. KAPOSI parle d'un incident qu'il n'a encore jamais vu dans cette affection et qui concerne un malade actuellement dans le bain continu. La destruction complète de la peau par brûlure est dans des conditions ordinaires très rares, l'orateur ne l'a encore jamais observée. Les substances animales se carbonisent très difficilement en raison de leur contenu aqueux. Il n'a vu qu'une fois l'enlèvement complet de la peau avec tous les ongles. Dans le cas actuel il s'agit d'un jeune garçon qui ne s'est brûlé que les mains et les bras. Le derme est complètement brûlé, le pannicule adipeux jusqu'aux fascias pend sous forme de lambeaux, les fascias dans la paume des mains sont soulevés, plusieurs articulations des phalanges sont ouvertes. Ceci s'explique par ce fait que les mains du malade étaient enduites de graisse qui a dû brûler dans ses mains.

Cas de nævus unilatéral.

M. KAPOSI. — A l'exception de la pulpe du pouce droit la paume de la main d'une malade présente l'aspect d'un eczéma. Le foyer rouge pâle, en quelques points recouvert de croûtes, se continue vers le bord cubital jusqu'au milieu de l'avant-bras. Au-dessus du milieu de la face de flexion des doigts les croûtes ont une disposition plutôt linéaire. Il s'agit d'un *nævus papillaire*, par conséquent d'une affection congénitale. Mêmes symptômes sur le bord interne du pied, le dos du gros orteil, l'articulation tibio-tarsienne jusque dans la région malléolaire. Au-dessus du genou, il

existe une traînée constituée par des croûtes de la largeur du doigt se dirigeant de dedans en dehors, mais composée de plusieurs foyers. A la face interne de la cuisse, foyer de la largeur de la main s'étendant du tiers supérieur jusqu'à la région inguinale, ce foyer est composé de verrues larges, aplaties, très pigmentées, disséminées et disposées en traînées. Il s'agit d'un *nævus* unilatéral, qu'on a même décrit comme des *nævi* nerveux, bien qu'ils n'aient rien à faire avec les nerfs ; c'est une anomalie congénitale de formation. On a souvent observé que chez les ichtyosiques il survenait des inflammations eczématiformes. Ces processus inflammatoires peuvent apparaître à diverses reprises. Dans l'ichtyose serpentine c'est toujours consécutivement à une inflammation de ce genre que la peau se détache comme chez les serpents.

M. LANG présente un cas de *lupus vulgaire* traité avec succès par l'extirpation totale.

Pathologie des syphilides et de la leucodermie.

M. EHRLMANN a fait des recherches systématiques sur cette question. Les altérations de l'épiderme n'ont rien de spécial dans la syphilide maculeuse. Ce n'est que dans les syphilides saillantes, l'érythème papuleux, qu'on rencontre des leucocytes isolés entre les cellules épidermiques, plus distinctes encore dans les papules caractérisées ; le tableau histologique de la migration et de l'accumulation des leucocytes s'observe dans les syphilides croûteuses et pustuleuses, ainsi que dans les condylomes larges. Les papules croûteuses sont des papules lenticulaires, au centre desquelles il se forme une croûte qui tombe et laisse une petite dépression ; pendant un certain temps il reste là un petit point blanc. A la première période de la papule croûteuse on ne trouve, dans les couches inférieures, que des leucocytes isolés. On voit tout d'abord des amas de leucocytes dans la couche cornée, puis dans le stratum granuleux. Les leucocytes traversent isolément les couches profondes de l'épiderme et se rassemblent dans la couche cornée. Cliniquement, on peut diagnostiquer cette période, attendu que les papules deviennent plus lisses, ne desquament pas, mais prennent un aspect jaunâtre. Quelques jours plus tard, la partie primitivement lisse devient rugueuse et inégale, l'épiderme forme de petits plis radiés, preuve que la dessiccation des leucocytes a lieu en même temps que celle du sérum ; mais pendant ce temps la migration des leucocytes continue, sous la croûte il se forme des lacunes qui sont remplies de leucocytes polynucléaires. Le stratum basal et épineux est épaissi par la pression et les cellules épidermiques du stratum spinosum présentent des altérations visibles sur les coupes, à savoir les pôles supérieurs des cellules se colorent seuls avec les substances colorantes basiques de l'aniline ; les pôles inférieurs restent non colorés jusqu'à un certain degré de coloration.

Dans le condylome large les pôles inférieurs des cellules se colorent. L'orateur désigne ce phénomène sous le nom d'hémichromasie des cellules. La cause est ici le degré différent d'imbibition par le liquide des pôles des cellules. Sur des coupes transversales des prolongements du condylome

large on voit des nids de leucocytes entourés de ces cellules. Cet état précède la destruction des cellules épidermiques. Ces cellules déjà détruites, présentent au-dessous des étranglements des corps très colorables par le bleu de méthyle. Le résultat de la décomposition se traduit par un phénomène consécutif du condylome large, que Lang a décrit comme papule organisée. Quand des condylomes larges existent longtemps et ne sont pas traités, deviennent renflés et volumineux, mais ensuite se cicatrisent sous l'influence d'un traitement convenable, on constate que malgré cela ils ne s'aplatissent pas, restent hyperhémiques, mais deviennent tout à fait blancs à la pression; cet état persiste quelques années. Finalement ils disparaissent et forment des points cicatrisés que Haslund considérait autrefois comme constituant la leucodermie. Dans la préparation microscopique de papules organisées on aperçoit un bord normal et des dépressions profondes entre lesquelles le derme s'avance dans les élevures papilliformes, de sorte qu'on a l'air en apparence à des papilles hypertrophiées. Le condylome large normal présente à peu près l'aspect suivant : à côté des parties malades les prolongements du réseau de Malpighi sont hypertrophiés par suite de l'hypertrophie de quelques cellules. La migration des leucocytes naît le plus souvent dans les axes des prolongements du réseau et à la surface. C'est aussi autour de cette région que se groupent les cellules hémichromasiques. Leur destruction amène des dépressions dans l'épiderme.

L'orateur parle ensuite des cellules de plasma décrites par Unna, qui désigne sous le nom de plasmome la somme des cellules de plasma avec les leucocytes qui se trouvent entre elles. Cet auteur rapporte la pigmentation des papules à la masse du plasmome, parce qu'il a vu, dans une série de coupes de papules d'aspect foncé, de petites granulations de véritable pigment. L'orateur croit au contraire que le plasmome peut ne pas donner cette teinte foncée, car s'il en était ainsi on serait obligé de l'admettre aussi pour d'autres maladies, par exemple : l'acné, le lupus, etc. Dans le lupus il se produit un grand nombre de cellules de plasma, et cependant, la coloration est tout autre que dans les syphilides; il ne reste pas de pigment. Des *Mastzellen* devraient être pigmentées ou contenir de la matière colorante.

La syphilide maculeuse est rouge à l'état aigu, au bout de quelques jours elle prend une certaine teinte cuivrée. Les papules la prennent plutôt; les premiers jours elles sont rouge vif. Unna a raison de dire que les papules ne guérissent pas toujours en laissant de la pigmentation et qu'on ne trouve pas constamment du pigment. Ehrmann a vu que la pigmentation n'a lieu que chez certains individus et la non pigmentation chez d'autres; on observe le premier phénomène chez les personnes brunes: chez elles les parties malades deviennent encore plus foncées. Par contre, les individus à peau blanche et délicate et à cheveux blond clair présentent très rarement de la pigmentation et on ne l'observe que dans certaines régions déjà pigmentées, par exemple : aux organes génitaux. On a toujours dit que la pigmentation peut avoir lieu dans des leucocytes ou dans des cellules du tissu conjonctif. L'orateur n'a pas constaté ce fait. Mais les granulations hémato-gènes, provenant de la matière colorante

du sang, sont reçues par les leucocytes. Le véritable pigment mélanique n'est formé que dans des cellules déterminées, à savoir par ce que l'auteur appelle les mélanoblastes.

Le pigment ne naît dans les cas de syphilis où il apparaît que dans les mélanoblastes.

Quant aux papules organisées, leur aspect est le suivant : elles consistent en tissu conjonctif embryonnaire avec vaisseaux jeunes et en bas en une couche d'infiltration dans la hauteur du réseau vasculaire horizontal, soit avec des *Mastzellen*, soit avec des leucocytes ordinaires et des cellules géantes. Les cellules du plasma ne portent pas de cellules de tissu conjonctif mais du système vasculaire sanguin. On trouve aussi des cellules géantes dans tous les produits syphilitiques de la peau, à l'exception de la macule. Elles surviennent quand l'infiltration commence à disparaître. Elles constituent donc des phénomènes concomitants de la résorption, elles sont nées de la confluence de quelques cellules de plasma ou de leucocytes. La papule organisée n'est par conséquent qu'un granulome. Il faut par suite regarder le plasmome comme un tissu de granulation. Quant à la leucodermie, l'auteur remarque qu'Unna admet qu'elle part d'une base neurosyphilitique.

D'après Unna, elle n'est pas provoquée directement par le processus syphilitique, mais indirectement par l'action du processus syphilitique admet bien l'hypothèse de l'influence du processus syphilitique sur les nerfs trophiques, et ce sont ces derniers qu'occasionnent la leucodermie. La leucodermie est la conséquence de la paralysie des cellules de pigment et en général de la moindre production de pigment. Deux raisons principales militent contre cette hypothèse. Tout d'abord les modifications qu'on observe dans la syphilide papuleuse. Quand on excise des papules en desquamation du pénis, au moment où elles se transforment en leucodermie, on trouve qu'il s'y développe des cellules géantes, que par conséquent des cellules meurent et évidemment aussi des mélanoblastes. Les différences de leucodermie consécutivement aux syphilides maculeuse et papuleuse sont alors graduelles. On voit avec la leucodermie post-roseolam dans le derme un réseau de mélanoblastes, très bien développé, mais dans l'épiderme il n'y a pas trace de pigment. Peu à peu le pigment meurt aussi dans la peau. L'orateur ne saurait dire si les mélanoblastes meurent sous l'influence du virus syphilitique supposé ou bien sous celle des toxines supposées du virus.

On voit quelquefois survenir une syphilide pigmentaire, mais ordinairement dans les cas où on n'a pas remarqué la période hyperhémique. Ehrmann avoue qu'il y a des cas où cliniquement on n'observe pas de période hyperhémique. On trouve dans ces cas une infiltration autour des vaisseaux, une multiplication et une hypertrophie considérable des mélanoblastes. Au début apparaît d'abord une surproduction de pigment sur des points mélaniques, et par les progrès ultérieurs du processus survient la destruction des mélanoblastes. En résumé, la production du pigment syphilitique dépend des mélanoblastes, de leur absence, de leur destruction, d'un trouble dans leurs fonctions, ou de leur absence congénitale.

M. Kaposi admet bien l'hypothèse de l'influence du processus syphili-

tique sur les mélanoblastes, mais il faut des recherches nouvelles pour savoir si les mélanoblastes produisent du pigment ou s'ils le détruisent.

Il signale l'analogie de la leucodermie avec le vitiligo. Là aussi l'hyperchromatose et l'achromatose existent simultanément. Souvent un malade a dix taches de naevi et trois plaques de vitiligo. Sur des points correspondant à l'hyperchromatose on trouve également ici dans le chorion les mêmes cellules. Quant aux condylomes larges, l'orateur ne les distingue pas des papules situées sur d'autres régions du corps. On voit que toutes les papules ont la même marche régressive, soit par un retour complet à l'état normal, soit en laissant une légère atrophie de la peau, et on connaît l'expression de Virchow, que, du tissu syphilitique, « rien ne reste ». Le pigment est résorbé d'abord au centre, plus tard à la périphérie. Il y a donc une résorption très active de la part des éléments cellulaires.

M. LANG. — On avait déjà démontré que pour le lupus l'apparition de cellules géantes caractérise des processus de régression. Il lui paraissait probable qu'il devait en être de même avec les cellules géantes dans d'autres produits pathologiques. Quant aux papules, il pense qu'il faut ranger leurs différentes variétés dans la même catégorie clinique. La présence sur la cuisse de toutes petites papules, qui deviennent de plus en plus volumineuses et succulentes en avançant vers les organes génitaux, et finalement prennent la forme des papules humides, permet de conclure que la forme extérieure des papules n'est déterminée que par leur localisation.

On ne peut absolument pas s'appuyer sur cette assertion que la papule organisée procède d'un produit syphilitique déterminé. Au sens strict on ne connaît point de produit syphilitique. L'orateur croit que la papule organisée n'a pas de propriété infectieuse ; car on sait que de semblables produits ne se modifient plus. Cliniquement, on ne peut désigner cette formation que comme une papule organisée, parce qu'en réalité elle procède d'une papule syphilitique.

M. EHRMANN n'a nullement soutenu qu'il ne faut pas regarder la leucodermie comme une maladie fonctionnelle, il ne s'est élevé que contre cette assertion qu'on devrait la considérer comme une affection nerveuse. L'hyperchromasie et l'achromasie peuvent certainement exister en même temps dans ces cas, attendu que le pigment disparaît au centre mais non à la périphérie, ou même il augmente ; cela répond d'ailleurs complètement au caractère des syphilides, que tandis qu'au centre a lieu la disparition, une prolifération survient à la périphérie. Relativement à la papule organisée, l'orateur est obligé d'admettre qu'il ne s'agit certainement pas dans ces cas de l'influence de la syphilis, mais que des causes mécaniques et chimiques jouent également un rôle.

A. DOYON.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ (1)

*Séance du 11 juillet 1895.***Sclérodermie.**

M. REINHARDT présente une malade de la clinique de Schweninger.

Cette malade, âgée de 42 ans, aurait toujours été bien portante. Depuis deux ans elle est atteinte de sclérodermie. Elle a deux enfants sains. Dans ses ascendants pas de maladies nerveuses, ni d'affections graves.

Son affection a commencé par la tuméfaction des mains et des avant-bras, plus tard des jambes et des pieds. Ensuite survinrent des douleurs dans les articulations, la malade se plaignait de ne plus pouvoir remuer, les tendons devinrent « raides »; en outre, elle remarqua un changement d'expression dans son visage. Elle dit ressembler à un singe. La peau présente le tableau typique de la sclérodermie à la période atrophique, presque toute la surface cutanée est envahie; le front, les joues, les fosses nasales, les épaules, mais principalement les mains et les avant-bras, montrent une infiltration de la peau, dure comme une planche, et sont le siège d'une pigmentation très prononcée.

Sur les mains et les avant-bras, la pigmentation suit le trajet des veines superficielles de la peau. Outre ces parties très pigmentées, on voit quelques plaques blanches complètement sans pigment. Auparavant, il n'existait pas de pigmentation et elle avait un teint très blanc. Pendant la maladie, tous les poils sont tombés, ils commencent à repousser peu à peu depuis un an. Une amélioration se serait produite spontanément dans ces derniers temps.

A. DOYON.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE (2)

*Séance du 10 janvier 1896.***Psorosperme cutanée végétante.**

M. NEUMANN, après un rapide coup d'œil jeté sur l'histoire de cette affection, présente une jeune fille de 17 ans qui serait atteinte de psorosperme depuis deux ou trois ans. Elle présente autour du cou et de la nuque, dans le sillon inter-mammaire, au nombril et surtout dans les régions axillaire et inguinale, une coloration brun gris très marquée de la peau. En ces points elle est épaissie, les lignes et les sillons normaux sont très accusés, très déprimés. Sur les bourrelets cutanés intermédiaires il existe de petits amas cornés circonscrits, en forme de points ou de papules, noirâtres, légèrement excoriés par le grattage, ou bien des

(1) *Berl. klin. Wochenschr.*, 1896, p. 109.

(2) *Wien. klin. Wochenschr.*, 1896, p. 48.

condylomes acuminés ou des excroissances verruqueuses comparables à de petits mollusca. Mais on trouve sur presque toutes les parties du corps, surtout entre les épaules, sur les parois latérales du thorax et le dos du pied, les mêmes lésions de la peau, mais à un beaucoup plus faible degré, le plus souvent elles sont seulement indiquées. Dans les plis inguinaux les bourrelets sont plus larges, flasques, condylomatiformes, tandis que les organes génitaux, la vulve sont intacts. Dans les régions affectées, la sécrétion sudorale est augmentée.

L'examen microscopique n'a pas fait jusqu'à présent reconnaître des éléments semblables à des psorospermies. On constate une hypertrophie de l'épiderme, du pigment et du tissu dermique. L'épiderme est kératinisé de bonne heure, les cellules épineuses disposées longitudinalement, avec noyau situé latéralement. Les cellules kératinisées sont placées par couches les unes au-dessus des autres, à l'intérieur des cellules papillaires et sur les papilles et remplissent également les follicules pileux et les orifices des glandes sudoripares. Les dépressions profondes qui correspondent aux sillons visibles au microscope sont remplies de cellules cornées, elles forment des traînées ou sont imbriquées les unes au-dessus des autres, comme dans le cor.

Les papilles elles-mêmes sont hypertrophiées tout autour des vaisseaux, en général dilatés, et dont l'endothélium est en prolifération; dans les couches supérieures comme dans les papilles, il y a des cellules rondes pigmentées et d'autres sans pigment. Le restant du tissu dermique présente un épaississement considérable du tissu conjonctif, avec faisceaux larges, onduleux. Les muscles érecteurs des poils sont hypertrophiés. Les cellules basales présentent une augmentation évidente de pigment.

D'après ces données cliniques et anatomiques, il n'est pas douteux que cette affection, ainsi que celle décrite sous le nom d'acanthosis nigricans, par Pollitzer et Janowsky, avec laquelle les cas de Neumann et Jarisch présentent une grande ressemblance, rentre dans le groupe des hypertrophies de la peau avec participation de l'épiderme, du derme et de leurs annexes. Ces états morbides ont la plus grande analogie avec les affections qu'on a désignées sous le nom d'hyperkératoses, dont l'ichtyose est le principal représentant.

La cause de la maladie est encore tout à fait inconnue, toutefois la forme diffuse n'aurait aucune ressemblance avec l'affection décrite par Darier.

A. DOYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN (1).

Discussion sur l'albuminurie mercurielle.

M. FÜRBRINGER. — M. Lewin n'a pas observé un seul cas positif d'albuminurie provoquée par le mercure dans ses 80 à 100 cas, tandis qu'il y a dix ans l'orateur avait pu en constater 8 p. 100.

(1) *Berlin. klin. Wochensach.*, p. 971 et 994.

Quant à la genèse de cette albuminurie, il désire rappeler qu'il y a dix ans déjà il avait insisté non seulement sur les doses élevées, mais encore sur la disposition individuelle. C'est à cette dernière surtout qu'on doit rapporter les différences dans ces chiffres. L'orateur a étudié d'ailleurs le traitement de Welander et il ressort de ses chiffres une proportion de 5 p. 100, chiffre qui ne diffère pas essentiellement de la moyenne de celle de l'orateur.

M. G. LEWIN n'a en effet jamais vu d'albuminurie chez les malades qu'il a traités. Lui et plusieurs de ses assistants ont souvent trouvé de l'albumine dans l'urine, mais surtout dans celle contenant une sécrétion blennorrhagique. Pour arriver à un résultat absolument certain, il a chargé un de ses assistants de faire des recherches systématiques chez un très grand nombre de syphilitiques. Or quand on trouvait de l'albumine dans l'urine, même en proportion relativement faible, on l'explique comme il suit. Dans son service on traite environ chaque jour 100 malades par des injections sous-cutanées, en moyenne chaque année 5,000 malades. Étant donné le petit nombre des médecins assistants on ne prend pas toujours les précautions nécessaires. Celles-ci ont pour but d'éviter toutes complications; ainsi en cas de salivation menaçante ou de diarrhée on injecte de plus faibles doses ou on cesse la cure pendant quelques jours. C'est précisément avec la salivation ou la diarrhée que l'albumine s'observe. Il est d'autres causes d'albuminurie dont il faut tenir compte dans les injections sous-cutanées de sublimé. La première condition est l'intégrité des reins et de l'intestin. Si un de ces organes fonctionne mal, l'autre le supplée et par suite est irrité par une plus grande quantité de mercure. Il faut donc chaque jour examiner les selles.

Quand les reins sont malades, le mercure est excrété en plus grande quantité par l'intestin et provoque de la diarrhée. On doit par conséquent surveiller la fonction rénale. Il faut être très prudent avec les malades qui ont eu auparavant une néphrite, une scarlatine, etc. Il est peu d'organes où les récidives soient aussi fréquentes que les reins. Non seulement le froid provoque des récidives, mais elles surviennent facilement aussi par l'élimination de métaux, par du mercure.

La diminution de la fonction rénale peut aussi provoquer de l'albuminurie. On a observé cette diminution en cas de sécrétion sudorale abondante. L'orateur s'abstient de combiner son traitement avec les cures de sudation et il faut prendre de grandes précautions dans les jours chauds de l'été, qui amènent de la transpiration et diminuent la sécrétion urinaire.

Il faut aussi éviter l'administration simultanée des préparations iodées, car il se forme facilement de l'iodure de mercure, qui est très irritant pour les reins.

M. GRIMM croit que les très nombreuses recherches qui ont été faites à propos de l'emploi du mercure contre la syphilis relativement à l'albuminurie ne sont pas à l'abri d'objections, surtout en ce qui concerne le traitement par les injections. A cette occasion l'orateur signale avec beaucoup de soin tous les accidents que peuvent provoquer les injections sous-cutanées, principalement celles intra-musculaires. Il a fait des expériences

sur les animaux et il a pu constater que les objections qu'il avait formulées contre cette méthode sont justifiées.

M. BLASCHKO. — Relativement à la question de la néphrite, il est d'avis qu'il faut moins tenir compte de la nature de la préparation et de la forme de l'administration que de la quantité de mercure. Comme il l'a déjà dit ailleurs, les préparations solubles elles-mêmes deviennent insolubles au moment de l'injection, parce que, avec l'albumine des tissus, elles forment des albuminates de mercure. Il en est ainsi en particulier dans les injections intra-musculaires telles qu'elles sont pratiquées à la Charité, d'après Heller. Un point important dans les injections c'est de ne pas injecter une trop grande proportion de mercure et c'est là une précaution dont il faut toujours tenir compte aussi bien avec les préparations insolubles qu'avec les préparations solubles. Quel que soit le mode d'administration du mercure, il faut rechercher s'il n'existe pas d'idiosyncrasie. Quand des malades succombent à la suite d'une seule friction avec l'onguent gris, à une néphrite ou à une entérite aiguë, il faut penser qu'un pareil malheur peut arriver aussi quand le mercure est administré par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire. Il faut donc toujours être prudent dans le dosage, notamment au début du traitement. Mais si l'on est convaincu que le malade n'a pas d'idiosyncrasie, on peut graduellement augmenter les doses, et on n'aura à craindre, sauf de rares exceptions, aucune suite fâcheuse.

M. LEWIN. — Les inconvénients signalés par Grimm se rapportent à l'emploi des préparations insolubles de mercure. Quant aux embolies, ni lui ni ses assistants n'en ont jamais observé, autant du moins qu'il s'en souvienne, chez les 50,000 malades traités à la Charité. De même aucun de ses collègues ne lui a fait une communication à ce sujet. Mais quand Blaschko a dit qu'à la suite de substances insolubles il n'a été publié jusqu'à présent aucun cas dangereux, il rappellera que Quincke a observé dans plusieurs cas une pneumonie commençante et que la malade de Smirnoff est morte de pneumonie. Le Dr Keitel a publié plusieurs cas dans lesquels à la suite d'injection de sels mercuriels insolubles, surtout de salicylate de mercure, il survint des phénomènes nerveux de nature grave.

M. HELLER est loin de vouloir contester l'importance de l'idiosyncrasie pour l'origine des maladies mercurielles. Il est cependant curieux que l'on ait trouvé aussi peu de cas d'idiosyncrasie avec la cure sous-cutanée en opposition aux autres méthodes de traitement mercuriel. Il croit par conséquent que la condition la plus essentielle pour le développement de l'albuminurie mercurielle est la quantité de mercure employée. On ne possède qu'un petit nombre de séries d'expériences un peu considérables, et dont les résultats sont contradictoires, au sujet de l'albuminurie chez les syphilitiques traités avec le mercure. Fürbringer a trouvé de l'albumine chez 8 p. 100 de ses malades. La teneur en albumine s'éleva, dans quelques cas, à 1 p. 100.

Le même auteur a aussi constaté de l'albumine chez 12 p. 100 des malades qui n'avaient pas encore pris de mercure au moment de l'acmé de la roséole. Il considère la présence de l'albumine à ce moment comme tenant au processus syphilitique. Petersen constata dans 27,5 p. 100 de l'albumine.

Après le décompte des cas d'albuminurie qu'il faut rattacher aux mélanges étrangers provenant de l'urèthre, etc., il reste encore 13,5 p. 100 d'albuminurie vraie. Petersen conteste l'influence du mercure sur la sécrétion de l'albumine; il regarde, par contre, l'alcoolisme comme un facteur étiologique important. Néanmoins il a vu, à plusieurs reprises, de l'albumine apparaître dans l'urine, à la suite de l'injection de sels insolubles de mercure. Schwimmer se place au même point de vue; il constata de l'albumine dans 9,2 p. 100 de ses cas. Il considère l'albuminurie comme un symptôme de la syphilis constitutionnelle.

Contrairement à Schwimmer et à Petersen, Welander admet qu'un traitement mercuriel énergique peut provoquer l'albuminurie. Il porta son attention sur la cylindrurie et trouva une cylindrurie considérable chez 45 p. 100 des malades soumis à sa méthode d'application d'onguent mercuriel, et chez 25 p. 100 de ceux traités par des frictions ou des injections de thymolate ou de sozodolate de mercure.

L'orateur a entrepris à ce sujet une série de recherches. Il a examiné à la clinique syphiligraphique de Lewin, à la Charité, d'octobre 1894 à juillet 1895 :

201 hommes syphilitiques.....	3.413 examens
79 femmes syphilitiques.....	1.081 —
35 hommes non syphilitiques atteints de bubons vénériens.....	636 —
	<hr/> 5.130 examens

L'examen était fait chaque jour, en général par le procédé de Heller, dans les cas douteux avec les réactifs les plus différents, en évitant avec soin toutes les causes d'erreur.

Parmi ces malades, 169 n'avaient pas fait de cures mercurielles, 26 en avaient déjà fait une, 4 deux et 1 trois. Ces cures remontaient pour la plupart de 3 mois à 2 ans, dans un cas à 5 ans et dans un autre à 24 ans. Les malades étaient d'âge moyen, 5 seulement au-dessous de 20 ans, 7 avaient dépassé 40 ans. Le plus souvent il s'agissait d'accidents syphilitiques légers; chez 15 il existait des symptômes graves (rupia, syphilide pustuleuse); 3 avaient eu la scarlatine, 1 une inflammation tuberculeuse des genoux, 1 autre le mal de Pott, et enfin 1 autre encore une maladie des reins. De ces malades, 18 firent une cure de frictions, 12 un traitement consistant en partie en frictions, en partie en injections sous-cutanées de sublimé, les autres (85 p. 100) le traitement au sublimé de Lewin.

Chez 145 malades, soit chez 72 p. 100, on ne trouva jamais la moindre trace d'albumine, bien que chez quelques-uns on prolongea les examens d'urine pendant soixante jours.

Chez 58 malades, soit 28 p. 100, on constata une anomalie. Dans 3 cas, il s'agissait d'une syphilis viscérale, spécialement de processus gommeux et de dégénérescence amyloïde des reins. Ces cas n'entrent pas en ligne de compte. Chez 4 malades, le trouble de l'urine était dû à l'acide urique; 15 fois il existait de l'albuminurie spuria (l'albumine de l'urine ne provenant pas des reins), 10 fois de la propeptonurie, 10 fois de l'albumine en

très faible proportion, observée une seule fois. Cette albuminurie, caractérisée par un trouble très faible, n'apparaissant qu'une fois, a été regardée jusqu'ici comme négative par les auteurs. Les 15 cas qu'il faut regarder comme de l'albuminurie vraie étaient tous de faible intensité. Il s'agissait de sécrétion d'albumine qui durait tout au plus une semaine et s'élevait jusqu'à un demi p. 100. On ne trouva de cylindres que dans une albuminurie survenue après une cure de frictions. Quant à la fréquence de l'albuminurie, on constata :

	CAS	ALBUMINURIE	
Injections de sublimé.....	170	7 fois	4 p. 100
Cure de frictions.....	18	5 —	28 —
Frictions, injections de sels insolubles de mercure et injections de sublimé.....	12	2 —	17 —

Le pourcentage des albuminuries d'injection de sublimé est encore beaucoup plus favorable, puisque des 7 cas il faut en considérer 1 comme albuminurie physiologique, 1 comme albuminurie syphilitique.

Pour la genèse de l'albuminurie, il est intéressant d'établir quand, c'est-à-dire au bout de combien de jours de traitement mercuriel, l'albuminurie est survenue. Si l'on ajoute aux cas d'albuminurie proprement dits les cas de propeptonurie, de sécrétion observée une seule fois de quantité minime d'albumine, on voit qu'en moyenne sur 25 cas, l'albuminurie ne survient que le douzième jour du traitement.

Comme à l'hôpital les malades insistent pour finir leur cure le plus vite possible, on n'a pas pu toujours faire les modifications indiquées par Lewin, pour la cure de sublimé, qui permettent d'éviter complètement les phénomènes secondaires, comme la stomatite et l'entérite. On a en conséquence observé, dans un petit nombre de cas, une légère stomatite et une diarrhée insignifiante. Dans les cures de frictions, ces complications étaient beaucoup plus fréquentes. Il est important de noter que dans 8 cas on a observé de l'albuminurie, après de la stomatite et de la diarrhée.

En ce qui concerne le sexe féminin, on trouva que dans 67 cas, 85 p. 100, l'urine était pendant toute la cure indemne d'albumine. Après élimination de toutes les causes d'erreur on voit que, avec la cure de frictions, il survenait de l'albumine dans 25 p. 100; avec les injections dans 2,9 p. 100. Chez une femme, traitée avec les injections de Lewin, on trouva des cylindres outre un tiers p. 100 d'albumine. L'urine était, après seize injections, indemne d'albumine. La malade avait eu autrefois une inflammation des reins. Une néphrite hémorragique d'intensité moyenne survint chez une femme après 30 frictions; auparavant, elle avait toujours été bien portante. Jusqu'à ce moment, les examens de l'urine avaient constamment donné un résultat négatif. La malade avait encore de l'albumine dans l'urine neuf semaines après le début de l'albuminurie.

L'ensemble des résultats pour les hommes et les femmes est :

	CAS	ALBUMINURIE	
Après les frictions.....	28	9 fois	24 p. 100
— injections de sublimé..	241	9 —	3,7 —

Recherches de contrôle (juillet à octobre 1895) :

Sur 83 hommes qui avaient reçu 1,960 injections de sublimé, on constata un pourcentage de 3,2 d'albuminuries. Dans cette série se trouve toutefois le seul cas de néphrite grave après la cure sous-cutanée. Chez un malade de 20 ans, qui avait eu la scarlatine et la diphtérie dans sa jeunesse, l'urine resta tout à fait claire jusqu'à la onzième injection de sublimé. A partir de ce moment il se développa une albuminurie qui s'améliora lentement avec la cessation des injections de sublimé, elle augmenta de nouveau avec la reprise du traitement. La proportion d'albumine s'éleva jusqu'à 3 p. 1,000, dans le sédiment se trouvaient des cylindres.

L'albuminurie peut être physiologique, syphilitique, mercurielle. Contre l'albuminurie physiologique il faut signaler l'absence des facteurs qui déterminent d'ordinaire l'albuminurie physiologique (fatigues physiques et intellectuelles, bains froids, etc.). Chez 35 hommes non syphilitiques, atteints de bubons vénériens, se trouvant dans les mêmes conditions, qui furent examinés au point de vue du contrôle, on ne constata pour 636 analyses d'urine que deux à trois fois un trouble très faible, sans albuminurie. Contre l'origine syphilitique de l'albumine il y a ce fait, que, sauf dans un cas, il ne survint pas d'albuminurie au début du traitement, mais seulement après une longue médication mercurielle, en moyenne le vingt-sixième jour de la cure. Le traitement n'a jamais été commencé qu'après l'apparition des accidents secondaires, exanthèmes, condylomes. Il ne reste donc qu'à considérer l'albuminurie comme mercurielle. A l'appui de cette opinion il faut ajouter encore l'apparition simultanée de stomatite et d'entérite (8 cas), et tout particulièrement le petit nombre d'albuminuries constaté après les injections au sublimé de Lewin (3,5 à 3,7 p. 100), en opposition à celui observé après la cure des frictions (8 à 13 p. 100, Fürbringer, Schwimmer, Petersen; 24 p. 100 Heller). Une faible dose de mercure détermine naturellement plus rarement et d'une manière moins intense des irritations rénales que des doses élevées.

Avec la cure de sublimé on donne en tout 0,12 de mercure, dans la cure de friction 40 gr. En résumé : dans la syphilis, il faut examiner l'urine au point de vue prophylactique comme dans la scarlatine. L'albuminurie d'origine syphilitique est très rare dans la période éruptive. Avec l'emploi des injections de sublimé, l'albuminurie est beaucoup plus rare qu'avec toute autre méthode de traitement mercuriel (pour le traitement interne il n'a été fait, il est vrai, jusqu'à présent aucune recherche). Chez tout néphritique atteint de syphilis, dès qu'il faut faire une cure mercurielle, il y a lieu d'employer le traitement des injections de sublimé, puisque ce sont celles qui ont l'action la moins nocive sur les reins et qui permettent un dosage et un contrôle exacts.

A. DOYON.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

Chancres extra-génitaux. — T. C. EVANS. Chancre of tonsil (*Report of a case. Journal of cutan. and genito-urinar. dis.*, octobre 1895, p. 421).

L'auteur rapporte une observation absolument typique de chancre de l'amygdale, à propos de laquelle il fait remarquer que cette localisation de l'accident primitif, quoique assez rare, s'observe toutefois dans la proportion de 3 et demi p. 100 de la totalité des chancres extra-génitaux. L'amygdale avec ses cryptes est, en effet, un des points les plus facilement vulnérables dans la cavité buccale, tandis que les tissus denses et serrés du palais ou des piliers du voile offrent certainement une résistance beaucoup plus considérable au virus syphilitique.

Relativement à l'étiologie, l'auteur pense que bon nombre de chancres amygdaliens sont contractés en dehors de toute espèce de rapports sexuels; les verres à boire, les cuillers et les fourchettes, les instruments de musique, les pipes, sont alors pour lui les agents de contamination dans la majorité des cas.

— HENRY B. HITZ. Chancre of tonsil. with report of a case (*Medical Record*, 28 septembre 1895, p. 446).

Après avoir rappelé la rareté du chancre de l'amygdale, et par suite l'intérêt des cas de ce genre, l'auteur rapporte en détail l'histoire d'un homme de 28 ans qui fut pris, cinq semaines après un contact suspect, d'une affection douloureuse de l'amygdale, d'abord considérée comme une angine simple. Au bout de quatre semaines, l'état local ne s'était pas amélioré, et, sur l'amygdale gauche, très volumineuse, se montrait une ulcération recouverte d'un enduit épais, jaune blanchâtre, dont la base était notablement indurée. Cette ulcération douloureuse s'accompagnait d'en-gorgement ganglionnaire sous-maxillaire et aussi d'induration des ganglions postérieurs du cou et de ceux de l'aîne. Ses organes génitaux étaient sains. Quelques jours après, vers la cinquième semaine après le début de l'ulcération amygdalienne, apparurent des macules typiques de roséole sur l'abdomen et les flancs, suivies d'une éruption papuleuse caractéristique.

Le traitement spécifique amena une rapide amélioration.

L'auteur insiste, avec raison, sur la difficulté du diagnostic du chancre de l'amygdale quand il n'est pas encore accompagné d'autres lésions spécifiques; pour lui, toute ulcération de l'amygdale durant depuis plusieurs semaines sans être améliorée par les traitements ordinaires, doit être considérée comme extrêmement suspecte.

R. S.

— H. VILLAR. Chancre syphilitique des paupières (*Nouveau Montpellier médical*, 30 novembre 1895, p. 945).

Homme de 30 ans, ayant vu apparaître il y a une vingtaine de jours un peu de rougeur à l'angle interne de l'œil gauche, en même temps qu'il éprouvait une sensation de gravier et de picotement et que son œil était baigné de larmes; bientôt, petite tumeur à ce niveau, et quatre ou cinq jours après, ganglion très mobile, rapidement volumineux à la région prémassétérière. A l'entrée à l'hôpital, petite tumeur séparée incomplètement par un sillon horizontal en deux parties, la supérieure du volume d'un gros pois chiche, l'inférieure un peu plus petite; caroncule lacrymale fortement congestionnée et augmentée de volume. Huit à dix jours plus tard, apparition de la roséole. Aucun renseignement pouvant mettre sur la voie du mode de contagion.

GEORGES THIBIERGE.

— W. KOPYTOWSKY. Chancre digital et lymphadénie du coude (*Kronika Lekarska*, 1894, n° 9).

Une jeune prostituée fut atteinte de chancres multiples des petites lèvres et d'une ulcération douloureuse à la surface du petit doigt droit. Hypertrophie de tous les ganglions accessibles à la palpation. Au coude, à la région correspondant aux ganglions, on constata une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure et douloureuse à la pression et pendant les mouvements du coude. L'auteur croit qu'il s'agit de lymphadénie. S. BRODO.

Syphilides. — U. MANTEGAZZA. Sulle dermatosi sifilitiche (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, septembre et décembre 1895, p. 312 et 475).

Ce long et important mémoire, dont les matériaux ont été recueillis à la clinique de C. Pellizzari, se termine par les conclusions suivantes :

Les érythèmes syphilitiques qui, par leur mode d'apparition, leur couleur et leur figuration, peuvent le plus raisonnablement être attribués cliniquement à l'intoxication plutôt qu'à l'action locale du virus, répondent à des altérations anatomiques très minimes et pouvant justifier l'hypothèse d'un simple trouble fonctionnel. Les autres érythèmes correspondent à des modifications de structure qui, bien que sans valeur absolue, semblent constituer le premier degré de celles qu'on constate dans les papules.

Dans les papules lenticulaires, l'infiltration cellulaire est très notable, ou bien (chez les sujets âgés) est peu accusée et remplacée par une hyperplasie connective accentuée.

L'action résolutive du mercure est plus marquée dans le premier cas que dans le deuxième. Les cellules géantes ne sont pas constantes dans les papules lenticulaires et s'y observent le plus souvent à la période de résolution.

Les papules lichénoïdes se transforment souvent en éléments éruptifs humides qui doivent les faire ranger anatomiquement dans la catégorie des pustules; car le stade vésiculeux de ces lésions, le plus souvent épi-

dermiques et à contenu séro-purulent, est absolument éphémère et parfois même fait complètement défaut. On trouve dans ces éléments, à une période plus précoce que dans les papules lenticulaires, mais toujours plutôt à la période de résolution qu'à la période de début, des cellules géantes nombreuses et réunies en groupes.

Les lésions de l'acné syphilitique ont un siège initial plus profond que celui des pustules miliaires précédentes. Le plus souvent il s'agit de pustules sous-épidermiques et folliculaires à contenu purulent, ou de véritables petits abcès dermiques. On y rencontre également des cellules géantes, mais en moins grand nombre. Dans les diverses syphilides pustuleuses, l'auteur a toujours constaté la présence de cocci ayant les apparences des germes vulgaires de la suppuration ; dans plusieurs cas, il a vérifié leurs propriétés pyogènes par la culture et l'expérimentation sur les animaux.

La présence des cellules géantes dans les lésions en voie de résolution, en nombre variable suivant les individus, fait supposer que ces cellules ne sont pas sous la dépendance directe du virus syphilitique, mais doivent plutôt être considérées comme un produit secondaire, se développant pendant les transformations qui aboutissent à la résorption.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilide pigmentaire.— G. LEWIN. Ueber das Leukoderma, namentlich ueber seinen diagnostischen Werth. (Tirages à part des *Annales de la Charité*, XVIII année.)

Selon cet auteur, la leucodermie est un symptôme important mais non d'une certitude absolue pour le diagnostic de la syphilis.

On observe cette lésion chez un assez grand nombre d'hommes qui n'ont jamais eu la syphilis.

53,3 p. 100 des femmes syphilitiques sont atteintes de leucodermie ; elle survient dans 36 p. 100 des cas de ceux qui ont une première atteinte de syphilis, chez les récidivistes dans 65 p. 100 des cas et dans 59 p. 100 chez ceux qui ont eu autrefois la syphilis et qui à ce moment peuvent être regardés comme guéris.

Puisque la leucodermie se manifeste chez des personnes non syphilitiques et chez d'autres indemnes en apparence de syphilis, il en résulte que sa présence n'est nullement une indication d'instituer un traitement antisypilitique.

Le traitement spécifique n'a aucune influence sur la leucodermie.

Les femmes syphilitiques enceintes n'ont pas de leucodermie à un degré plus prononcé que celles qui ne sont pas enceintes.

La leucodermie peut survenir dans des points sur lesquels il y avait auparavant des syphilides de la peau.

Jusqu'à présent on n'a pas constaté qu'il eut un rapport quelconque entre la leucodermie et une efflorescence syphilitique antérieure.

Il faut peut-être chercher la cause de la leucodermie dans la paralysie de certains centres tenant sous leur dépendance les mouvements du pigment, paralysie qui serait provoquée par une toxine de la syphilis.

A. Doyon.

Syphilide pigmentaire. — H. MALHERBE. Deux cas de syphilide pigmentaire chez l'homme (*Gazette médicale de Nantes*, 12 décembre 1895, p. 13).

L'auteur rapporte ces deux observations pour prouver une fois de plus combien est excessive l'affirmation que la syphilide pigmentaire atteint exclusivement la femme. Dans le premier cas, l'affection s'était développée chez un homme de 23 ans, revenu depuis quelques mois du Dahomey où il avait très fatigué et s'était fortement bronzé. Dans le deuxième cas, chez un homme de 37 ans, mouleur, la syphilide pigmentaire était remarquable par son intensité, qui au cou la faisait sembler constituée par une pigmentation uniforme, et par son extension aux joues et au front où elle rappelait le masque des femmes enceintes ; en outre, le malade portait sur les bras et le tronc des taches pigmentaires consécutives aux macules de la roséole et la place occupée par le chancre sur la verge était transformée en une nappe blanche décolorée. GEORGES THIBIERGE.

BATUT. — Induration syphilitique des corps caverneux (*Mercredi médical*, 20 février 1895, p. 85).

Batut rappelle les faits d'induration du corps caverneux dus à la goutte (13 observations connues), et au diabète (12 observations connues). En dehors de ces cas, on en a rapporté d'autres dont l'étiologie est obscure, quelques-uns sont attribués au rhumatisme, d'autres semblent succéder à la blennorrhagie. Il faut, en outre, comme l'a montré Ricord, faire une part à la syphilis dans l'étiologie de cette affection ; un certain nombre de cas de ce genre, plus ou moins probants, ont été rapportés par divers auteurs.

Batut en rapporte un nouveau observé à la Clinique d'Audry : homme de 27 ans, ayant eu la syphilis, en juillet 1892 ; vers le mois d'août 1893, apparition sur la verge d'une petite tuméfaction non douloureuse, plus marquée dans l'érection qui n'est pas douloureuse. L'induration, au bout de sept à huit mois, mesure environ 2 centimètres de long, est plus large à son extrémité postérieure qu'à son extrémité antérieure qui se perd dans le gland ; jamais de blennorrhagie. Au bout d'un mois de traitement ioduré, la tuméfaction diminue de volume et d'étendue ; sept mois plus tard, elle a complètement disparu, mais une nouvelle induration est apparue depuis peu sur le corps caverneux droit, perpendiculairement à sa direction, à un centimètre du rebord du gland. GEORGES THIBIERGE.

Réinfection syphilitique. — F. MRACEK. Ueber Reinfecio syphilitica (*Wien. klin. Rundschau*, 1896, p. 17, 36 et 53).

L'auteur rapporte deux cas qu'il a observés personnellement.

Cas I. — Homme de 35 ans. Première maladie vénérienne en septembre 1879, probablement un chancre mou. Au printemps de 1880, blennorrhagie. En juin 1883, blennorrhagie et chancre induré situé dans la région du frein ; comme traitement : emplâtre mercuriel et cure de frictions (35) au mois de novembre (83) ; donc six mois après le malade se présente avec

une stomatite, des plaques muqueuses typiques sur la muqueuse de la cavité buccale avec engorgement ganglionnaire. Ces accidents cèdent à une cure de 35 frictions à 5 gram. Le malade reste ensuite indemne de tous symptômes syphilitiques jusqu'en juillet 1893, où il contracte un chancre du gland qui, au bout de sept mois, fut suivi d'accidents secondaires (19 février). On constate alors les symptômes suivants : Sur le gland, cicatrice livide avec infiltration modérée. Ganglions inguinaux et cervicaux engorgés ; sur le tronc, syphilide maculeuse en voie de décroissance, avec groupes de papules. Sur la paume des mains, papules en desquamation. Sur les lèvres et dans l'isthme du gosier, papules exulcérées. Sur le pénis et le scrotum, plaques muqueuses, à l'anus plaques et rhagades. Après une cure de 25 frictions le malade, complètement guéri, quitte l'hôpital le 21 mars.

10 novembre 1894. Le malade rentre à l'hôpital avec les symptômes suivants : sur le cuir chevelu et le front, pustules croûteuses et infiltrats ; sur l'amygdale gauche, ulcération. Sur le tronc et les membres, syphilide pustuleuse ; sur l'avant-bras gauche pustule d'ecthyma ; dans la paume des mains, pustules profondes. Engorgement des ganglions occipitaux, cervicaux, axillaires et inguinaux. Traitement : décocté de Zittman. Vaseline iodoformée.

Il s'agit donc ici d'un cas de réinfection syphilitique typique (première infection en juin 1883, deuxième infection en juillet 1893), à dix ans d'intervalle. Si l'on compare les deux attaques on remarque que la seconde maladie a été plus sérieuse que la première ; il y eut une récédive grave au bout de six mois sous forme d'une syphilide pustuleuse.

L'immunité chez ce malade a en réalité persisté dix ans. La maladie actuelle, plus grave et plus rebelle que la première, rentre dans ces cas bien connus où, malgré une maladie syphilitique antérieure, la deuxième infection est suivie d'accidents graves.

Cas II. — Il s'agit d'un homme de 40 ans qui contracta, en juin 1888, la syphilis pour la première fois. En septembre, cure de frictions pour des accidents secondaires. En décembre, nouveaux symptômes spécifiques qui ont augmenté jusqu'en janvier 1889. A ce moment l'auteur constate une syphilide papulo-pustuleuse. Cure énergique de frictions de deux mois, disparition de tous les accidents. En mai 1891, aucuns symptômes de syphilis. Cure aux eaux de Hall (salines et bromo-iodurées), pas de cure de frictions. Au printemps de 1893, comme depuis quatre ans il n'était pas survenu d'accidents, l'auteur considérant le malade comme guéri n'avait rien à objecter à son mariage. Cependant il en advint autrement.

Le 16 novembre 1893, l'auteur revit le malade qui lui raconta avoir pratiqué le coït entre le 11 et le 18 août. Un mois environ après, ulcère pénien ; traitement avec la poudre de dermatol, guérison en peu de jours en laissant une nodosité dure, jaunâtre. Le 15, emplâtre mercuriel, sous l'influence duquel l'ulcère s'ouvrit de nouveau pour se cicatriser ensuite le 29 septembre.

Un mois plus tard, condylomes sur la cuisse droite et dans le pli génito-crural.

1^{er} novembre. Trois condylomes sur le scrotum. Pilules de sublimé.

Le 16. On constate l'état suivant : dans le sillon coronaire pénien, sclérose cicatrisée, engorgement ganglionnaire modéré dans la région inguinale, les creux axillaires et la région cervicale. Syphilide maculopapuleuse généralisée, syphilide palmaire psoriasiforme, céphalée. Quatre jours plus tard, plaques muqueuses sous les deux ailes du nez, sur la langue ; ganglions cervicaux très hypertrophiés.

Un traitement par les frictions et l'iodure de potassium fit disparaître tous les accidents.

Il s'agit donc chez ce malade d'une deuxième infection.

De ces deux cas et d'autres faits consignés dans la science on peut dire :

1° Il y a des cas indiscutables de syphilis dans lesquels la maladie disparaît entièrement de l'organisme de telle sorte qu'une deuxième infection devient possible.

2° L'auteur a essayé vainement, par une étude comparative de tous les cas de réinfection d'établir l'espace de temps qui s'écoule entre une première et une deuxième infection.

3° Il faut rejeter absolument l'opinion si souvent émise que l'évolution d'une deuxième syphilis serait plus bénigne que la première.

4° Il est évident, d'après l'étude des faits, que la première guérison doit être rapportée au traitement mercuriel.

A. DOYON.

Syphilis du système nerveux. — MONCORVO. De l'influence étiologique de l'hérédosyphilis sur la sclérose en plaques chez les enfants (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre 1895, p. 412).

L'auteur rapporte trois observations (dont deux chez deux frères) de sclérose en plaques chez des enfants offrant des antécédents et des stigmates de syphilis héréditaire. Dans un cas, l'affection s'améliora sous l'influence du traitement spécifique. Les deux autres malades n'ont pas été suivis. Il conclut de ces faits que, contrairement à l'opinion de P. Marie et de la plupart des neurologistes, il faut faire une place à la syphilis parmi les maladies infectieuses susceptibles de provoquer la sclérose multiloculaire.

GEORGES THIBIERGE.

P. OLIVIER et A. HALIPRÉ. — Syndrome rappelant la sclérose latérale amyotrophique chez un syphilitique (*Revue neurologique*, 30 août 1895, p. 457).

Homme syphilitique, atteint, dix ans après l'infection, de paraplégie à tendance spasmodique avec thermo-analgésie et troubles des sphincters. Pendant trois ans, état sensiblement stationnaire avec périodes d'exacerbation et de régression. Puis la paralysie spasmodique s'établit définitivement, la contracture gagne les membres supérieurs, atrophie très marquée de ceux-ci et atrophie légère des membres inférieurs ; les sphincters ont recouvré leur intégrité, les troubles sensitifs ont disparu. Paralysie transitoire de la troisième paire et syncopes répétées, légère parésie du facial supérieur, intégrité de la langue. Mort par érysipèle huit ans après le début des troubles nerveux.

A l'autopsie, sclérose bilatérale des faisceaux pyramidaux direct et croisé prédominant à la région cervico-dorsale, cessant au niveau de la protubérance; sclérose bilatérale du faisceau cérébelleux direct se poursuivant à travers le bulbe; sclérose du faisceau de Lissauer; légère sclérose du cordon de Goll à la région cervicale; sclérose périvasculaire dans toute l'étendue du faisceau postérieur aux régions dorsale et lombaire: disparition à peu près totale de la colonne de Clarke; lésions assez légères du groupe antéro-externe des cellules de la corne antérieure; atrophie du noyau de la douzième paire; foyer de ramollissement sur le trajet de la dixième paire droite.

GEORGES THIBERGÉ.

H. LAMY. — Note à propos des lésions vasculaires dans la syphilis des centres nerveux (*Revue neurologique*, 30 janvier 1896, p. 34).

Lamy montre que l'interprétation si controversée des lésions de l'artérite syphilitique ne peut être élucidée qu'en s'adressant de préférence à des lésions récentes, en éliminant tous les cas où une infection secondaire est survenue, ou tout au moins en tenant compte de celle-ci autant que faire se peut.

Par l'étude de cas de lésions médullaires, répondant à ces conditions, il est arrivé à constater que les lésions syphilitiques sont périvasculaires au début; dans les formes compliquées d'infection septique secondaire, les vaisseaux de la moelle présentent des altérations bien différentes des premières et consistant essentiellement en thromboses intra-veineuses surtout et intra-artérielles, pouvant évoluer vers l'organisation et entraîner une endovascularite secondaire.

GEORGES THIBERGÉ.

Syphilis cérébrale. — LEO STIEGLITZ. Syphilis of the brain (*New-York medical Journal*, 13 juillet 1895, p. 33).

L'auteur en range les symptômes habituels sous douze chefs différents :
1° Maux de tête persistants, revenant le soir ou la nuit, s'accompagnant d'insomnies d'irritabilité générale.

2° Symptômes pupillaires : inégalité des pupilles, myosis, mydriase, pupille d'Argyll-Robertson ne réagissant plus à la lumière.

3° Paralysies oculaires.

4° Paralysies irrégulières bilatérales des nerfs crâniens.

5° Hémianopsie, névrite optique, spécialement hémianopsie bilatérale fugace (Oppenheim).

6° Troubles moteurs et sensoriels épileptiformes localisés, sans traumatisme antérieur.

7° Épilepsie survenant après 35 ans, en l'absence de traumatisme, alcoolisme, saturnisme, urémie.

8° Monoplégies temporaires.

9° Aphasies temporaires de toutes formes.

10° Apoplexie avant 50 ans en l'absence de saturnisme, de cardiopathie et de cause rénale.

11° Polydypsie, polyurie.

12° Tendance générale des symptômes à disparaître spontanément pour reparaitre.

R. S.

Syphilides. — G. FESTA. La sifilide miliare del cervello ; studio anatomo-patologico (*Annali di medicina navale*, septembre 1895, p. 676).

Femme de 27 ans, ayant eu, trois ans auparavant, un chancre de la vulve, suivi de manifestations syphilitiques ; il y a un an, douleurs intenses dans la tête, pour lesquelles elle n'a pas cessé de se soigner activement ; gommès de la jambe gauche, myosite des scalènes. Subitement, parésie du membre supérieur droit, bientôt suivie de parésie des quatre membres ; hyperesthésie générale ; dilatation de la pupille gauche ; mort par paralysie cardiaque huit jours après le début des phénomènes parétiques.

A l'autopsie, adhérences nombreuses des méninges entre elles ; nombreux nodules miliaires blancs, grisâtres, facilement isolables, à la base du cerveau, surtout nombreux autour de l'artère basilaire et de ses branches ; tumeur du volume d'une noisette en avant des pyramides du bulbe, de coloration grise, de consistance dure et élastique, présentant les caractères d'une gomme. Les nodules miliaires, qui ont la structure des néoplasmes syphilitiques, ne renferment pas de bacilles à l'examen bactériologique.

GEORGES THIBIERGE.

Tabes. — M. THÉODOROFF. Tabes syphilitique (*Journal russe de Neurologie*, t. II, f. 3).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1) La syphilis est une des causes principales de l'ataxie locomotrice, l'hérédité est favorable au développement de la maladie, mais elle n'est pas indispensable. Althaus, Minor et l'auteur ont observé des cas de tabes d'origine syphilitique sans qu'il y eût prédisposition héréditaire. Toutes les autres causes (froid, masturbation, excès et surmenages) ne jouent, à côté de la syphilis, que le rôle de cause occasionnelle. 2) La syphilis cérébrale peut donner lieu à des altérations diverses : myélite, gliomatose avec dégénérescence des cordons postérieurs. Ces lésions sont amenées par l'altération syphilitique des vaisseaux médullaires et l'altération de la nutrition de la moelle. L'ataxie est la conséquence de ces lésions. 3) Le tabes d'origine syphilitique se caractérise, en dehors des autres symptômes classiques, par l'existence des paralysies oculo-motrices (surtout des moteurs oculaires commun et externe), l'amblyopie, le sarcocèle ; il y a, en outre, des cicatrices de syphilides ou bien perforation du voile du palais, etc. 4) La suspension, le massage, les bains électriques sont ici plus utiles que le traitement spécifique.

S. BROËBO.

Athétose syphilitique. — STRUBING. Ueber Athetose bei Lues (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXIII, p. 409).

L'athétose peut survenir dans le cours de la syphilis, en connexion avec des lésions graves de la substance cérébrale, comme la période tertiaire en détermine parfois. Ces cas n'offrent cependant rien de caractéristique, en ce sens que c'est la lésion elle-même qui, ici, analogue à l'apoplexie, donne lieu à l'athétose ; il faut la ranger à côté de la forme post-hémiplégique. L'auteur rappelle à ce propos le cas bien connu d'Oulmont.

L'athétose peut aussi apparaître dans la période secondaire sous forme de névrose indépendante, tout à fait analogue à l'épilepsie et à la chorée secondaires et probablement sous l'influence des mêmes processus.

Si le pronostic de l'athétose en connexion avec des troubles cérébraux et spinaux est défavorable, elle présente, comme névrose indépendante, survenant dans la période secondaire, la même évolution favorable que l'épilepsie et la chorée de cette période.

Strübing rapporte ensuite le cas suivant :

Jeune fille de 19 ans, parents bien portants. Depuis l'âge de 8 ans, mais surtout après l'apparition des époques à l'âge de 13 ans, la malade eut à plusieurs reprises des contractures hystériques avec ou sans perte de connaissance. En décembre 1893, elle contracta la syphilis et, en mars 1894, elle eut des mouvements bizarres, involontaires, de la main et du pied du côté gauche, qui disparurent deux ou trois semaines plus tard ; ils se produisirent de nouveau au mois de mai dans le bras gauche et devinrent si violents que la malade était dans l'impossibilité de travailler. En même temps il se produisit en avril des douleurs cervicales qui augmentèrent peu à peu.

Le 24 mai 1894, l'état était le suivant : Pas d'exanthèmes ; le voile du palais, rouge et tuméfié, présente quatre ulcérations qui ont amené une perforation. Douleurs dans le bras gauche et surtout dans la main du même côté. Mouvements athétosiques dans les doigts et dans l'articulation métacarpo-phalangienne, ainsi que dans la première articulation phalangienne, moins dans la deuxième. Ces mouvements sont absolument involontaires, ils sont incessants, rythmiques, cinquante à soixante dans une minute. La compression du poignet, même le bras étant élevé, ne peut les interrompre.

Ni parésies ni anesthésies dans la sphère du bras gauche. L'irritabilité électrique des muscles et des nerfs n'est pas altérée, pas d'exagération des réflexes. Organes internes sains.

Sous l'influence du traitement antisypilitique, la rougeur et la tuméfaction du voile du palais disparurent peu à peu, les ulcères se détergèrent et montrèrent de la tendance à se cicatriser. Les mouvements athétosiques diminuèrent graduellement d'intensité et disparurent entièrement après six semaines de traitement. Au milieu de juillet les ulcérations palatines étaient guéries.

Il s'agit bien ici d'un cas d'hémiathétose, intéressant à différents points de vue. D'abord la nature des troubles moteurs, l'athétose, qui, chez cette malade, survint dans la période secondaire de la syphilis et disparut relativement au bout de peu de temps sous l'influence du traitement spécifique. La névrose évolua ici comme dans les cas d'épilepsie et de chorée secondaires en un temps beaucoup plus court que dans les névroses idiopathiques.

Quand le processus sypilitique se développe dans le système nerveux central, les maladies antérieures de cet organe jouent parfois un rôle qu'on ne saurait méconnaître. Ainsi chez cette malade l'état hystérique, qui existait depuis des années, doit être mis en une certaine connexion avec l'apparition de l'athétose dans le cours de la syphilis. Mais quels sont les

processus qui, dans la région corticale (Eulenburg) ou dans le faisceau pyramidal entre le thalamus opticus et l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire (Kahler et Pick), ont donné lieu au tableau morbide ? Cette question ne peut être résolue tant que l'anatomie pathologique ne nous a pas donné des points de repère certains pour expliquer les phénomènes moteurs transitoires d'irritation de la période secondaire. Si même le résultat de nécropsies dans l'athétose idiopathique, non syphilitique, a été négatif, ces cas d'athétose syphilitique secondaire seront probablement constater l'absence de troubles plus ordinaires dans le domaine des parties du système nerveux central dont il est ici question. La durée relativement courte de la maladie ne fait pas supposer une affection grave du cerveau en l'absence de tout symptôme de paralysie, mais permet d'admettre qu'il s'agit simplement d'une irritation passagère de cet organe.

A. DOYON.

Syphilis de l'œil. — ELSENBERG. Gomme de l'orbite (*Gazeta Lekarska*, 1894, n° 26).

Dans l'observation de l'auteur, il s'agit d'un malade de 40 ans qui a contracté la syphilis il y a vingt ans. A l'examen on trouva une conjonctivite avec exophtalmie, l'œdème des paupières, la diplopie et la dilatation de la pupille, le tout occasionné par une gomme du muscle droit externe de l'œil gauche. On trouvait d'autres gommages au front et à l'aile du nez. Le traitement spécifique a fait disparaître tous les symptômes sauf le strabisme et la mydriase. L'auteur croit qu'il s'agissait d'une dégénérescence cicatricielle du droit externe et des filets iriens du ganglion ciliaire.

S. BROÏDO.

Syphilis et érysipèle. — RUDOLPH. Ueber den Heilwerth der Erysipels bei Syphilis (*Centralblatt f. innere Medicin*, 1896, p. 124).

L'auteur rapporte deux cas dans lesquels un érysipèle intercurrent a exercé une influence très favorable sur la syphilis.

Cas I. — Ce cas concerne un homme de 52 ans, qui contracta la syphilis en 1862. Il entra à l'hôpital en octobre 1891 pour un érysipèle occupant toute la moitié gauche du visage et une petite partie du cuir chevelu. Ce malade avait sur l'aile droite du nez et dans la région sus-orbitaire du même côté des ulcères qui se cicatrisèrent neuf jours après l'apparition de l'érysipèle.

Cas II. — Il s'agit d'une femme de 25 ans, qui vint consulter l'auteur en mai 1893. En 1889, syphilis; la même année, cure d'injections. En 1890 et 1891, traitements mercuriels, iodurés. Cette malade présente de nombreuses adénopathies, douleurs articulaires, amaigrissement, faiblesse, céphalée, parésie du facial du côté gauche, état cachectique. Nouvelle cure de frictions qui ne donne pas de résultat.

Presque un an peu plus tard, l'état s'étant encore aggravé, la malade contracte un érysipèle de la face qui envahit successivement toute la tête. Dix jours après, non seulement la malade était guérie de son érysipèle

mais encore en apparence de tous les accidents syphilitiques mentionnés ci-dessus. L'état général se releva rapidement et cette femme, qui depuis 1889 avait cessé tout travail, put reprendre ses occupations.

Un an environ plus tard l'auteur revit cette malade, l'état général était toujours très bon, mais outre un engorgement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire droite, elle présentait une gomme du tibia.

Strack, Horwitz, J. Petrowski ont observé des cas semblables. D'après les recherches de Coley, d'Emmerich et Scholl, les toxines des cocci de l'érysipèle sont l'agent salulaire dans le processus de guérison des ulcères malins par l'érysipèle.

L'auteur admet que, sans guérir la syphilis, un érysipèle survenant accidentellement peut avoir une influence très favorable sur les manifestations de cette maladie.

A. DOYON.

Haemol iodo-mercurique. — RILLE. Ueber Behandlung der Syphilis mit Iodquecksilberhämol (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXIV, p. 253).

L'haemol iodo-mercurique de Kobert contient 12, 35 p. 100 de mercure métallique, 28, 68 p. 100 d'iode. Cette nouvelle préparation n'est pas tout à fait indemne de parergies, toutefois elles sont plus rares qu'avec les autres remèdes et ne se produisent jamais à un degré considérable. L'auteur a employé ce traitement chez 37 malades ; dans aucun cas on n'a été obligé de suspendre la cure à cause de l'apparition de symptômes mercuriels. Chez un certain nombre de malades, n'ayant aucun soin de leur bouche, il survient de la salivation, chez deux d'entre eux de la tuméfaction et une rougeur livide des gencives. Chez quelques malades aussi on observa, dans les premiers jours du traitement, trois ou quatre selles diarrhéiques qui s'arrêtèrent sans l'emploi des astringents au bout de peu de jours. La muqueuse intestinale s'habitua peu à peu au remède comme cela arrive également pour le décocté de Zittmann, ainsi que pour le proto-iodure de mercure. Jamais de diarrhées profuses ni de symptômes dysentériques. Un peu d'acné iodique dans presque la moitié des cas. L'action antisiphilitique était la même qu'avec les autres préparations mercurielles administrées à l'intérieur.

Voici la formule employée par l'auteur :

Haemol iodo-mercurique.....	10 gr.
Poudre d'opium pur.....	0,8 décigr.
Poudre et extrait de réglisse.....	à q. s.

pour 50 pilules, deux, trois fois par jour, après le repas.

Les essais de l'auteur comprennent toutes les périodes et les différentes variétés de la syphilis.

On a traité en tout 37 malades (15 hommes et 22 femmes). Dans 6 cas on a au bout de peu de temps remplacé les pilules par des frictions.

Quant aux formes morbides on comptait : 11 cas de syphilis récente (lésions primaires et exanthème consécutif), entr'autres 4 cas de syphilide maculeuse, 3 de papulo-lenticulaire, 3 de maculo-papuleuse et 1 cas de lichen syphilitique ; en outre, 19 cas de syphilis secondaire ancienne,

présentant les formes les plus variées. Enfin 7 cas de syphilis tertiaire de la peau et des muqueuses, des os et du périoste.

L'auteur donne ensuite un court résumé de 18 observations recueillies dans le service du professeur Neumann.

De ces faits il résulte que l'haemol iodo-mercurique constitue un anti-syphilitique d'un emploi facile et efficace. Il ne saurait naturellement remplacer la cure des frictions ou d'injections qui sont plus actives, surtout la première. Mais on y aura recours toutes les fois qu'il y aura lieu d'employer la médication interne; car ce sel possède sur les autres préparations certains avantages et n'a pas de parergies désagréables ou nuisibles. En outre c'est la seule préparation qui contienne tout à la fois de l'iode et du mercure avec du fer et elle a ainsi, outre son action spécifique, une influence tonique qui relève l'état général des forces. L'iodure de fer employé depuis longtemps ne donne pas à beaucoup près les mêmes résultats, de plus se décompose très facilement. Il faut, d'après cela, avoir recours à l'haemol iodo-mercurique chez les syphilitiques dont la peau est pâle, la nutrition déprimée ainsi que chez ceux affectés en même temps de scrofule.

A. DOYON.

Rapport sur les travaux dermatologiques à Budapest en 1894-95, par le Dr JUSTUS.

L'auteur de ce travail passe successivement en revue les travaux de la Société royale de médecine et ceux de la Société médicale des hôpitaux de Budapest.

Comptes rendus de la Société royale de médecine.

Le premier mémoire est de M. le Dr JUSTUS : *Des altérations du sang occasionnées par la syphilis relativement à leur signification diagnostique et thérapeutique*. Ce travail a paru in extenso dans les *Virchow's Archiv*, t. CXL. Nous en avons déjà donné une analyse dans les *Annales de dermatologie*, etc., 1895, t. VI, p. 1223. Nous n'y reviendrons pas.

M. MEDVEI présente ensuite deux cas de *xanthome multiple avec cirrhose hypertrophique du foie*.

Le premier cas concerne une femme de 31 ans, atteinte de xanthome des paupières. Depuis huit ans elle aurait une hépatite interstitielle hypertrophique. La rate est également très volumineuse. Cette malade éprouve de vives douleurs sur la face de flexion des doigts, en même temps qu'apparaissent dans les sillons de flexion de petites papules jaune soufre, disposées d'une manière symétrique. Elles se développent bientôt aussi dans le creux de la main, sur les surfaces de flexion de presque toutes les articulations. Plus tard elles surviennent même sur les côtés de l'extension. Actuellement ces lésions se présentent sous trois formes : plates sur les faces de flexion, sous l'aspect de nodosités sur les faces d'extension et réunies en traînées dans les grands sillons de la peau.

Le deuxième cas concerne un homme de 34 ans; les symptômes sont presque les mêmes. L'orateur pense que la cirrhose hypertrophique est en relation avec les xanthomes cutanés.

M. TÖRÖK fait remarquer que l'hérédité joue un grand rôle dans le xan-

thome multiple, il croit que l'on n'a pas affaire à une simple hépatite hypertrophique interstitielle, mais qu'il y a probablement dans le sang des substances qui déterminent dans la peau les xanthomes, dans le foie la dégénérescence adipeuse des cellules hépatiques.

Comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux.

M. SCHWIMMER présente trois malades atteints de syphilis grave et se propose, à cette occasion, d'aborder certaines questions qui n'ont pas en général attiré l'attention qu'elles méritent. En premier lieu la division de la syphilis en périodes primaire, secondaire et tertiaire ne correspond pas toujours à la nosologie de cette maladie. Il serait préférable de dire syphilis légère et syphilis grave et de distinguer, au lieu de symptômes précoces et tardifs, des symptômes bénins et des symptômes graves. En second lieu, on observe très souvent des manifestations très graves chez des syphilitiques qui n'ont pas été soumis à un traitement antisiphilitique convenable. L'auteur est partisan du traitement préventif qu'il prescrit dès que l'affection syphilitique est constatée.

Les malades présentés par Schwimmer sont :

1° Un homme de 27 ans ; chancre en avril 1892 ; deux mois plus tard, taches rouges qui donnèrent bientôt naissance à des gommès, qui se transformèrent rapidement en ulcérations forme rupi. Pas de traitement jusqu'au mois d'août 1892 où le malade entra à la clinique ; il y fut traité par des décoctés et des injections intra-musculaires de soziodolate de mercure.

2° Le second malade est un homme de 35 ans, infecté à l'âge de 13 ans par un camarade de chambre. A 20 ans, adénites, ozène et perte d'une portion de la voûte du palais. Il y a 9 ans il vint pour la première fois à la clinique, jusqu'à ce moment pas de traitement mercuriel. A cette époque, il prit pendant quatre mois de l'iode et du fer ; plus tard, rhinite purulente qui récidiva plusieurs fois, perte de la cloison nasale et d'une partie des os du nez. En outre périostite des tibias, trajets fistuleux. Amélioration très marquée sous l'influence de 25 frictions.

3° Femme de 30 ans ; elle ne sait rien d'une lésion primaire. Il y a huit mois, éruption disséminée dont quelques papules augmentèrent bientôt de volume et s'ulcérèrent. Elle entre à la clinique il y a trois mois ; angine spécifique, nombreuses ulcérations à caractère de rupia. Avant son admission, cure de frictions et pilules de mercure. A l'hôpital, amélioration très grande par l'iode et le mercure.

M. HOCHHALT. — *Cas de syphilis pulmonaire.* — Femme de 26 ans ; pas de tuberculose dans la famille ; entrée à la clinique avec des signes d'infiltration du lobe inférieur gauche du poumon et du sommet droit, en même temps ulcérations syphilitiques de la peau. Après un traitement mercuriel de six semaines, les ulcérations étaient guéries et les lésions pulmonaires avaient disparu.

M. SCHWIMMER a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de syphilis pulmonaire.

Le même orateur présente ensuite les malades suivants :

a) Un homme de 48 ans, mécanicien, atteint d'urticaire hémorragique.

Sa maladie a débuté il y a 7 ans par un prurit qui persiste encore aujourd'hui. Organes internes sains; sur la peau il existe, outre de nombreuses élevures, rouge foncé, de la dimension d'un grain de chènevis à celle d'une lentille, un grand nombre de taches rouge brun clair, plus ou moins nettement limitées. En dehors de ces symptômes légers on voit sur les membres de nombreuses efflorescences, saillantes, rouge foncé au centre, et au bord rouge clair. La peau des avant-bras, des jambes et des mains est presque complètement recouverte d'efflorescences de ce genre. Quelques-unes ont un centre blanc, mais le bord est d'autant plus rouge et ce dernier est entouré d'une aréole étroite. Le tableau morbide correspond à l'urticaire perstans. Ce malade présente encore d'autres lésions: ecchymoses circonscrites dans un grand nombre d'efflorescences, surtout sur les fesses et la face interne des cuisses. Ces ecchymoses ne se montrent que dans les plaques d'urticaire. Depuis le début de l'affection le malade souffre de vives douleurs articulaires, les articulations des genoux et des épaules sont particulièrement affectées.

Ce cas était à signaler en raison de l'urticaire étendue existant depuis sept ans et des hémorrhagies stationnaires dans les efflorescences.

Il s'agit ici d'une forme intéressante de dermatose angio-nerveuse, car le trouble d'innervation des vaisseaux cutanés a abouti à une paralysie de ces derniers, laquelle a atteint un degré si élevé qu'il en est résulté une extravasation de nombreux petits vaisseaux.

b) Homme de 44 ans, atteint de *lichen ruber planus atrophicans*. La maladie a commencé en 1894. En même temps qu'un prurit persistant il est survenu des papules de la grosseur d'une tête d'épingle, occupant la plus grande partie du tronc, en groupes plus ou moins grands sur les membres, particulièrement à la face interne des cuisses. Ces papules à éclat cireux, non confluentes, présentaient en général une dépression centrale. Toutefois ce tableau morbide ne devint visible qu'après la disparition d'un eczéma squameux généralisé qui le dissimulait presque complètement. Au bout de quatre semaines de séjour à l'hôpital les points précédemment occupés par les efflorescences papuleuses présentaient tous de petites dépressions; dans les régions où les efflorescences étaient groupées sur la peau enflammée, il s'était formé peu à peu des taches pigmentaires brun sépia.

c) Un cas de *lichen ruber plan* qui a été complètement guéri par l'emploi prolongé de l'arsenic.

M. RONA présente une femme de 49 ans atteinte de *kraurosis de la vulve* (Breisky). La face interne des grandes lèvres, le vestibule et le périnée sont recouverts d'une couche cornée blanc grisâtre. Les nymphes ont disparu, le prépuce du clitoris est hypertrophié et adhérent à la grande lèvre gauche, le vestibule et l'entrée du vagin sont très rétrécis, la muqueuse sèche se déchire facilement et présente une atrophie cicatricielle. Prurit intolérable. Il y a dix-huit ans, elle a contracté une blennorrhagie et la syphilis. Le prurit existe depuis six ans. Peu de sécrétion vaginale, pas de gonocoques, urines normales, pas de carcinome de l'utérus.

M. ELISCHER n'est pas de l'avis de Rona; il s'agit, selon lui, d'une blennorrhagie chronique des vieilles femmes.

M. SCHWIMMER trouve le nom mal choisi : « Κραῦρος » signifie irrégulier et ne correspond pas à l'état présent, atrophie serait préférable. Les plaques blanches, que l'on observe sur la langue, se trouvent aussi dans l'urèthre et ont été désignées par Grünfeld sous le nom de « xerosis », Breisky les appelle « kraurosis ». Il serait préférable de se mettre d'accord pour désigner cette affection, si fréquente sur la muqueuse buccale et linguale, et d'y voir une leucoplasie de la vulve ayant amené l'atrophie de l'épiderme. Quant à l'étiologie, il est d'avis que le prurit est la seule cause des démangeaisons excessives. Il n'y a aucune raison de faire intervenir la syphilis ou la blennorrhagie comme facteur étiologique.

M. RONA présente un homme de 38 ans, atteint de *lupus vulgaire*. L'affection a commencé sur la face à l'âge de 10 ans. Actuellement le lupus a envahi la jambe gauche et presque tout le creux poplité du même côté, toute l'épaule droite et une partie de l'épaule gauche. Sur la nuque et le cou l'affection a transformé la peau en un tissu cicatriciel et s'étend jusqu'au sternum. Le nez a été en partie détruit ; les oreilles, tout le côté gauche du visage, le front sont parsemés de gros nodules lupiques ou transformés en cordons cicatriciels. Sur la joue gauche, frambœsia de plusieurs centimètres de hauteur, qui suppure abondamment, recouvre l'œil gauche, épaissit et déforme le menton et les lèvres du même côté. Il s'agit probablement d'un carcinome géant développé sur un lupus.

M. JUSTUS a constaté à l'autopsie qu'à côté du lupus il existait un sarcome alvéolaire à grosses cellules.

M. FEUER présente ensuite un cas de *lupus de la conjonctive*.

M. ELISCHER a opéré la femme atteinte de *kraurosis de la vulve*, il a disséqué les parties altérées de la vulve, suturé les bords de la plaie : cicatrization par première intention, disparition complète du prurit.

M. RONA présente un cas de *lupus érythémateux de la face* et un cas de *mélano-sarcome multiple de la peau*. Le malade, âgé de 57 ans, a eu la malaria il y a vingt ans, depuis lors hypertrophie de la rate. Il y a quatre ans, engorgement des ganglions inguinaux du côté gauche ; il y a un an, dans la région fessière droite ; depuis lors elles se sont beaucoup multipliées et on en voit maintenant dans la région sacrée, sur les orteils et sur le coude. Depuis un an, engorgement des ganglions cervicaux ; la peau du visage et des membres a pris une teinte brune. La rate est très hypertrophiée. La muqueuse labiale et buccale est brun noir avec taches bleues disséminées. L'état subjectif n'est pas altéré. Le malade nie avoir eu un nævus, bien que le fait semble très probable. Il faut exclure ici le sarcome idiopathique multiple de la peau de Kaposi.

M. TARATZ présente un cas de *tabes*.

M. SCHWIMMER, un cas de *lymphangiome circonscrit de la langue*.

M. HOCHHALT, une femme de 33 ans, atteinte d'*ictère syphilitique*. Il y a six ans, sclérose qui ne fut traitée que localement. Il y a trois ans, syphilde ulcéreuse et en même temps l'ictère actuel. A son entrée à la clinique, on constate des nodosités sur le tibia, une gomme du sein du côté gauche, engorgement ganglionnaire et ulcère serpigneux de la jambe. La peau et les muqueuses sont d'un jaune intense. La tuméfaction du foie est très accusée, la surface est lisse, uniforme, sensible à la pression. Pas d'hyper-

trophie de la rate; selles décolorées. Au cours d'un traitement anti-syphilitique de cinq semaines, les ulcères et les gommés ont guéri, le foie a repris ses contours normaux et n'est plus douloureux au toucher, l'ictère est moins intense. Le fait que l'ictère existant depuis trois ans, survenu dans le cours d'une syphilis, a diminué sous l'influence d'une cure mercurielle, est bien en faveur de sa nature syphilitique. L'auteur rappelle ensuite les idées de Gubler et celles de Cornil et Lancereaux sur la pathogénie de l'ictère syphilitique.

M. JUSTUS serait porté à établir une nouvelle théorie de la production de l'ictère syphilitique. Murri avait déjà observé que les corpuscules rouges se dissolvent dans le sang des syphilitiques quand il est exposé au froid. L'orateur a pu constater par diverses méthodes la moindre résistance des globules rouges dans la syphilis. Mais on sait, depuis les recherches de Nencky, Stadelmann, etc., que, dans la destruction des globules rouges par empoisonnement du sang, la production de la bile augmente beaucoup et que la bile ainsi produite diffère de la bile physiologique par sa moindre fluidité et sa plus grande viscosité. L'excrétion de la bile est ainsi rendue plus difficile et il survient facilement un ictère par rétention.

L'ictère résultant d'une altération des globules rouges ne doit donc pas être regardé comme hémato-gène, mais comme hépatogène. L'orateur croit que chez un syphilitique dont le sang est particulièrement affecté par la syphilis, il peut y avoir destruction d'une grande quantité de globules rouges et, par suite, production plus abondante d'une bile plus visqueuse, pouvant facilement donner lieu à un ictère par rétention.

M. MULLER. — Si l'hypertrophie du foie existe depuis trois ans, il faut chercher une autre explication. Si la rétention de la bile en est la cause, il est étonnant que le foie diminue de volume et que l'ictère persiste.

Selon lui, il est peu probable qu'une tuméfaction glandulaire puisse donner lieu à un ictère si prolongé en relation avec une hypertrophie du foie. Il croit qu'il y a dans cet organe des lésions histologiques dont la régression ferait cesser l'ictère. Quant à l'explication de Justus, il demande comment il se fait que l'ictère des syphilitiques soit une exception si rare et pense qu'il y a lieu de chercher encore une autre cause.

M. SCHWIMMER. — La syphilis est très fréquente, l'ictère syphilitique, au contraire, d'une rareté exceptionnelle. En vingt ans de pratique hospitalière, il n'a observé que deux cas de ce genre. Il croit que le rapport direct de la syphilis avec l'ictère n'est pas encore démontré et il a vu très souvent une syphilis du foie sans ictère. Il ne peut donc reconnaître l'ictère syphilitique comme un fait scientifique, tant qu'on ne disposera pas de nouvelles données.

A. DOYON.

Le Gérant : G. MASSON.

